

医療と安全

Healthcare and Safety

日本医療安全学会機関誌

◆特集：Safety-II は Safety-I と
何が違うのか？◆



2025

20 号

日本医療安全学会機関誌

医療と安全

Healthcare and Safety

**JPSCS**

Japan Society of Clinical Safety

20号 2025

◆ 目次 ◆

巻頭言	4
日本医療安全学会 理事長 大磯 義一郎	
◆特集：Safety-II は Safety-I と何が違うのか？◆	
【特集 巻頭言】	6
伊藤 英樹（広島大学病院 医療安全管理部）	
【特集 1】	7
Safety-I と Safety-II：総論	
松村 由美（京都大学医学部附属病院 医療安全管理部）	
【特集 2】	12
Safety-I と Safety-II は対立する概念なのか	
山口(中上) 悦子（大阪公立大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部）	
【特集 3】	18
Safety-II 思考で医療システムを最適化する	
伊藤 英樹（広島大学病院 医療安全管理部）	
【部門紹介】	23
日本大学松戸歯学部附属病院 医療安全管理室・医療安全管理委員会	
山口 秀紀（日本大学松戸歯学部）	
【委員会・部会紹介】	27
医療安全学会：看護部会	
藤井 千枝子（慶應義塾大学 看護医療学部）	
【医療安全徒然】	30
動物と人間の安全確保	
小林 正人（埼玉医科大学病院 脳神経外科）	

【つぶやき】	32
医療従事者に行動変容を起こしてもらうために私自身が銘記しておきたいと思っていること	
長谷川 奉延（慶應義塾大学）	
 【日本医療安全学会 報告事項】	33
2025 年定例理事会議事録	
2025 年 3 月定例代議員総会議事録	
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」：刊行の趣旨，編集の方針	39
「医療と安全」投稿規定	40
「医療と安全」執筆要領	41
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会	42
「医療と安全」投稿時チェックリスト	43
学会活動の概要と年会費支払方法について	44
入退会・変更届け出用紙	45
 【編集後記】	46
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院）	



● 年会費（日本医療安全学会の一般会員）支払いの方法

年会費は毎年1月1日が起点日です。

入会金：5千円 年会費：（正会員）7千円，（学生会員）無料

振込先：

銀行名：GMO あおぞらネット銀行

支店名：法人営業部

口座名義：シャニホリヨアンゼンガツカイ

口座番号：普通1682955

◆ 「医療と安全」 20 号 巻頭言 ◆



医療安全元年から四半世紀、次の時代へ向けて

日本医療安全学会 理事長

大磯 義一郎

医療安全元年とされている 1999 年から 25 年が過ぎました。「人の不注意によって事故が起きる」、「人がよく注意していれば事故は起きない」という 20 世紀の根性論的考え方から 21 世紀に入り「人は誰でも間違える (to err is human) ことを前提に人が間違えたとしても直ちに人に損害が発生しないような安全なシステムを構築する」というシステムアプローチへとパラダイムシフトが起きました。

より安全な医療現場の構築に向け、宇宙開発や航空産業、自動車産業といった工業界で行われている安全対策を積極的に取り入れていきました。

しかし、こうした安全対策を導入していったにもかかわらず、なかなか医療事故の件数は低下しませんでした。それどころか事故が発生するたびにチェックリストやマニュアルが増え続けた結果、使われないチェックリストや読まれないマニュアルが大量発生し、事故が発生した際に「チェックリストを使用しなかった」、「マニュアルに反した」として安全性を高めるはずのチェックリストやマニュアルが医療者個人を責めるツールとなる等、Safety-I によるアプローチの限界が明らかとなってきました。

そのような中、本号のテーマでもある Safety-II が提唱されるようになり、複雑適応系である医療現場では、工業のような単純な 1 対 1 対応の線形モデルにおける安全対策が必ずしも有用とはならない場合があるとして、「擾乱と制約の中で物事がうまく行われる」ためにチーム力、レジリエンス、心理的安全のある環境等が重要と考えられるようになりました。

本号では、今、振り返って Safety-I と Safety-II を比較し、その長所、短所、適用場面等が再検討されるものと期待しています。今回、このような有意義で楽しみな企画を立てていただいた広島大学病院医療安全管理部 伊藤英樹先生には心より感謝申し上げます。

また、この 4 年間、本当に本当にお忙しい中、雑誌編集委員会の委員長として本誌の企画運営を牽引していただいた京都府立医科大学附属病院 佐和貞治先生には、どんなに感謝の言葉を述べても尽くしきれません。本当にありがとうございました。

最後に雑誌編集委員会委員の先生方、執筆依頼にご対応いただいた先生方、そして、本号よりサポートしていただいたユサコ株式会社様、皆さんのレジリエンスのあるご尽力によって本号が完成したこと心よりの感謝を捧げ、巻頭言とさせていただきます。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 4, 2025.

日本医療安全学会JPSCS・日本医療ピアサポート協会Heals共催研修会

2025
年度

メディカルピアサポーター (初期心理支援者) 養成研修会

医療事故で傷つき、苦悩している当事者は、数多く存在します。
もしも、あなたが突然思いもよらない医療事故に遭遇したら…と想像してみてください。
そんな時、仲間(ピア)が側でそっと耳を傾けてくれたら、助けになるかもしれません。
本研修は、医療事故当事者への精神的サポートに必要な基本的知識やスキルを学び、
当事者に寄り添えるピアサポーターになることを目指しています。

各回同内容のWeb研修会を開催します

いずれかの日程を選択し、下記URLもしくはQRコードからお申込みください。

第1回

7月5日(土)・6日(日)

10:00~17:00

<https://jpscs.org/workshop/peersupport/2022-08/>

第2回

12月6日(土)・7日(日)

10:00~17:00

<https://jpscs.org/workshop/peersupport/2022-12/>

プログラム 【第1日】

ピアサポートとは何か(導入編)

〈講師〉和田 仁孝・永尾 るみ子

当事者の心情と精神的拠り所

〈講師〉吉益 晴夫・川谷 弘子

【第2日】

海外から学ぶピアサポートの実際

〈講師〉井上 真智子

システム導入と機能化要件(法)

〈講師〉和田 仁孝・他

支援のための実践的ロールプレイ

〈講師〉和田 仁孝・永尾 るみ子・
川谷 弘子

【受講対象者】 医療従事者で、事故当事者支援のためのピアサポートに興味のある方。

【定 員】 各回**100名**(開催1週間前まで受付。但し、定員になった時点で締切)

【受 講 料】 **2万円**(2日間。1日のみの参加は不可)

- 受講料は、お支払いの後、如何なる理由があっても返金は致しかねますので、ご注意ください。
- 研修途中zoom接続不具合時は、最初から接続し直す等、ご自身での対応をお願いします。
- 研修修了後は「受講修了証」をWebにてお送りします(無料)。
- 2022年度より、ご希望の方には日本医療安全学会から「認定証(5年毎更新制)」を発行します。
その際、別途登録費(5千円)を日本医療安全学会に納付する必要があります。

お問い合わせ先 peer-support@jpscs.org

◆ 特集：Safety-II は Safety-I と何が違うのか？ ◆



● 特集巻頭言

伊藤 英樹

広島大学病院 医療安全管理部

サッカーは番狂わせの多いスポーツである。1982年のスペインワールドカップでは、その後、鹿島アントラーズでも活躍することになるジーコを含む「黄金のカルテット」を中心としたブラジル代表が優勝候補であった。しかし、「黄金のカルテット」は輝くことなく、イタリア代表に準々決勝で2-3で敗れたのである。サッカーでは能力の高い選手を集めても、試合に勝てないことがある。能力の足し算だけが試合を決める要因ではないのである。では、試合に勝つためには何が必要なのか。サッカーにはそれぞれのポジションの役割があるが、試合に勝つためには役割を超えた動きが大変重要である。味方のディフェンダーが相手フォワードに抜き去られた場合、味方の誰かがカバーリングすることで失点を防ぐことが必要とされる。サッカーはまさしく複雑適応系システムの代表といえるスポーツ競技であり、個人の役割を超えたレジリエントな動きが必要とされる。医療現場も複雑適応系システムである。良質な医療を提供するためには、決められたマニュアルを遵守するだけでなく、変動する状況の中でレジリエントに対応することが要求される。監督が試合に勝つためにチームのシステムを考える視点と、医療現場における様々な状況下において医療提供者が柔軟に対応できるシステムを作り上げることは同じなのである。 **日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 6, 2024.**



◆ 特集：Safety-IIはSafety-Iと何が違うのか？ ◆



Safety-I と Safety-II：総論

松村 由美

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部

■ 要 旨 ■

医療は複雑なシステムであり、医療による危害を無くすことは簡単ではない。医療自体が危険源となり得る。危険源に、危害を起こし得る事象（危険事象）が加わり、危害が発生する。エラーは危険事象のひとつである。エラーが発生しないように管理することは医療安全の従来の方法であり、Safety-I という概念である。しかし、管理が行き過ぎると、人がエラーを回避する能力が失われ、結果的により大きな害に至ることが懸念される。そこで、エラーをわざと残して人間の対応能力を向上させるという考え方も成立する。ただし、害が発生したとしても許容範囲にとどめておくことが条件である。このような考え方は、Safety-II という概念につながる。エラーの経験は、むしろ、成功の土台となるとみなす。失敗は成功の母といわれるように、Safety-II の概念は Safety-I の概念と表裏一体とみなすこともできるし、失敗を減らすことと成功を増やすことは別の概念だとみなすこともできる。 **日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 7-11, 2024.**

キーワード：システム，医療安全，リスク，エラー，管理

1. はじめに

現在の医療は、複雑かつ幾重にも防護されたシステムである。では、システムとは何か。システムとは、目的に沿って編成された要素とプロセスの集合であり、システムはさらに大きな他のシステムに組み込まれ、システム同士も影響を及ぼしあっている¹⁾。一人の医療者が、ある患者にたった一人で関わることは、現在の医療ではあり得ない。たとえば、クリニックで一人の医師が治療にあたっている場合であったとしても、受付の事務員はいるであろうし、血液検査をしたならば、その検体は検査機関に送付されるであろう。処方したら、薬は薬局で薬剤師が調剤するであろうし、その薬は、製薬企業で製造されたものでであろう。医療は、多くのプロセスから構成されており、また、そこに関わる要素（人やモノ）も数多くある。

医療安全とは、患者側から見ると、医療によって害を受けないことである。とはいえ、医療による害をゼロにすることはできない。そこで、回避できる

害と回避できない害に分けて、後者が発生しないようにシステムを設計するのが、医療安全管理である。回避できる害が、確実に回避できるようにするためには、まず、害が起こりそうな状況をあらかじめ想定することが必要である。予測しなければ、避けようがない。ところが、要素やプロセスが複雑に絡み合うシステムでは、一つひとつの工程ではリスクを想定して設計されたものであったとしても、偶然が重なると悪い事象が発生することもある。複雑なシステムでは、その中の多くのシステムが互いに影響しあっており、要素とプロセスの組み合わせは無限になるので、リスク管理は容易ではない。

リスクに基づく安全戦略は基本的な戦略であるが、これだけでは、悪しき結果を回避できないというのが、複雑なシステムの現実である。これに対して別の戦略が考え出された。リスクを回避する従来の方法でなく、うまくいく確率が高い選択肢を選ぶ力をつけるという戦略である。経験に裏付けられた大局観を発揮する力といってもよい。あるいは、自

分自身に経験がなくても、誰に聞いたらよいのか、また、できるだけよい結果を得るために、どのように聞いていったらよいのか、という最善の意思決定方法を知っており、行動することで、成功する確率を高める力も含む。リスクに基づく安全戦略を Safety-I と呼び、成功を増やす安全戦略を Safety-II と呼んで、区別しようという考え方が提案された。本特集では、Safety-I と Safety-II の考え方について、違う考え方と見るのか、それとも同じことを違った側面からとらえ直しているのか、という両方の見方を扱う。どちらの見方が正しいのか、ということではなく、より深く、Safety-I と Safety-II について理解するための試みである。

本総論では、医療安全という概念を整理することによって、Safety-I と Safety-II についての各論につなげてきたい。

2. エラーとは何か

安全は、「許容不可能なリスクがないこと」(ISO/IEC Guide 51 : 2014) と定義される。そこで、安全を定義するためには、リスクについて理解しなければならない。リスクは、「危害 (harm) の発生確率およびその危害の程度の組み合わせ」と定義され (ISO 12100 : 2010)、危害を引き起こす潜在的根源を危険源 (hazard) といい、危害を起こし得る事象を危険事象 (hazardous event) という。ところで、危険源があるだけでは、害には至らず、そこに、危険事象が加わることによって、害が発生し得る。インスリンや高濃度カリウム製剤は、人の生命を脅かす可能性があるという点で危険源ではあるが、そこに、過量投与という危険事象が発生すると患者に重大な害が発生し得る。

エラーとは、計画された行動を意図したとおりに実行できなかったり、誤った計画を適用したりすること、と定義される²⁾。あるいは、意図 (計画、期待、要求) されるよい結果をもたらすためになすべき行為が存在し、そのなすべき行為とは異なる行為をした場合 (なすべき行為を行わなかった場合も含む) がヒューマンエラーだという考え方もある³⁾。インスリンや高濃度カリウム製剤による死亡事例を考えると、医師が処方した量は正しかったが、処方量と

は異なる量を投与するという危険事象、あるいは、医師の処方時点で過量であったという危険事象が発生すると、危害をもたらす。これらは、意図したとおりに実行できなかった行為、あるいは、誤った計画である。そして、このような危険事象は自然発生するものではなく、人が起こすものであるので、エラーであるとみなされる。

ところが、「計画された行動を意図したとおりに実行しなかった」行為であったとしても、思いがけず、新たなよい結果を生み出せば、セレンディピティと呼び、エラーとは呼ばない。人が、「計画された行動を意図したとおりに実行しなかった」という点で同じでありながら、結果がよければ成功だと称賛され、結果が悪ければエラーだと言われる。このように考えると、エラーと成功は紙一重であるともいえる。

ところで、エラーのもう一つの定義の「誤った計画を適用したりすること」についても考えてみよう。誤っているとは知らず、正しいと思い込んで、ある計画を適用することがあり、その代表例が誤診である。あるいは、誤った計画だと認識していながら、その計画を適用することもあり、その例に、品質不正がある。ただし、この場合も、害を起こそうと思って、誤った計画を適用したのではなく、むしろ、より効率性を考え、方法を簡便化したり、省略したりした、という背景がある。つまり、悪意をもってやったとはいえない場合もある。ただし、よかれとも思った行為であっても、信頼を失うという悪しき結果になると、意図的に誤った計画を適用したということになり、非難的になる。

このように考えると、エラーの概念はますます難しくなってくる。英語でも、error の類義語として、mistake, blunder, fault, inaccuracy, misjudgment, miscalculation, misunderstanding, misinterpretation, oversight, slip-up, mix-up, flaw, misstep 等が知られている。これほど豊富な語がエラーの類義語であることから分かるように、エラーと人間の活動は、切っても切れない関係にあるともいえる。

3. エラーを管理して安全を得るという考え方

エラーはやっかいなものであり、人はエラーを起

こしやすい生き物であることから、できるだけ人がエラーを起こさないように、人を監視しようという考え方が生まれるのは自然なことである。エラーを起こした人にインタビューをしてみると、たいいてい場合には、なぜ、自分がそのようなエラーを起こしたのか、説明できない。一方で、人は、説明したがる生き物であり⁴⁾、あのとき、ちょっと集中力が途切れていたかもしれない、と説明しようとする。そこで、罰を与えたら、次は集中して取り組むだろうという考え方が生まれ、非難し、懲罰を与えることでエラーを管理しようとしたのが、古典的なエラー管理である。

次に、非難の文化から決別し、人は間違える生き物だから、業務から人を排除し、機械に任せようという考え方が生まれた。最初は、単純作業については、人よりも機械が得意だからという理由で、人から機械に置き換わった。そうすると、残った業務は、「機械に任せる」ことが難しい複雑な業務になり、エラーを管理する難易度は高くなった。次の段階として、複雑な業務を制御するためのコンピューターが開発された。ただし、コンピューターのプログラムを設計するのはやはり人間であり、設計段階のエラーを完全に排除することは困難であり、さらには、人間が設計段階で予想できなかったエラーについては、見つけることも難しくなった。システムを設計しても、なお残るエラーについては、エラーとはいわず、バグと呼ぶようになった。広い意味ではシステムの欠陥であるのかもしれないが、もはや、制御困難であるので、「コンピューターに悪い虫が入り込んだのだ」という比喩表現をして、バグ（虫）と呼ぶようになったのである。エラーを管理しようとすればするほど、管理しきれないエラーが残るのであり、エラーを管理して安全を得ることには限界があるということを認めざるを得なくなった。

4. エラーを管理しきれないことを認め、エラーをわざと残しておく

エラーを管理する考え方では、人自体を危険源とみなして、危険な状態に至らせないように管理しようとする。ところが、逆に、人を危機から救ってくれるヒーローだとみなしてはどうだろうか。これが

Safety-II の考え方である。子育てを例にすると分かりやすい。子どもが失敗しないように、親が、学校にもっていく持ち物を点検したり、宿題を確認したりして、子どもが「エラー」を起こさないように監視することをするとどうなるだろうか。親が管理できる小学生の間は、一見、うまくいくかもしれない。ところが、成長して、自分で行動できる範囲が広がると、より大きい場面でエラーを起こすかもしれない。小学生のうちのエラーは大した損害はない。逆にエラーの芽を残しておくことで、子どもは、自らエラーを起こしにくい方法を編み出したり工夫したりして成長するのだ、という考え方がある。持ち物を忘れたり、宿題をしなかったことについて、反省したり、改善策を考えたり、子どもの発達段階に応じて、自分で自分を管理できるようになるのである。ここで親が手伝ってしまうと、せっかくの成長のチャンスを失ってしまう。教科書を忘れたり、宿題をしなかったりしたとしても、隣の友人に教科書を見せてもらったら、学習する目的には差し支えない。宿題を学校で慌ててやったとしても、その経験が、短時間でものごとを成し遂げるという能力を磨くということにつながるかもしれない。エラーをチャンスに変えて、成長につなげるという考え方がある。どちらにしても、自分で工夫するという力を子どもにつけることができる。これと同じようにエラー管理のあり方を考えることができる。

エラーを人から遠ざけることは、成長の機会を奪うことになるかもしれない。それよりも、エラーの機会を許容できる範囲内でわざと残しておく、という考え方である。日常の業務の中に、エラーの芽をわざと残しておき、人の注意力や対応能力を低下させないという考え方である。別の言い方をすれば、困難や試練の種として、エラーを起こす原因を残しておくのである。Safety-II では、人はよい結果のために、工夫したり、乗り越えたりする力を発揮する生き物だと考え、そのような能力開発を目指す。エラーを減らすという戦略では、個人の工夫は、計画通りに実施しなかったとみなされ、排除されるが、Safety-II では、よりよい方法を目指して行う工夫が称賛され、同じ行動に対してとらえ方が異なるということが分かる。

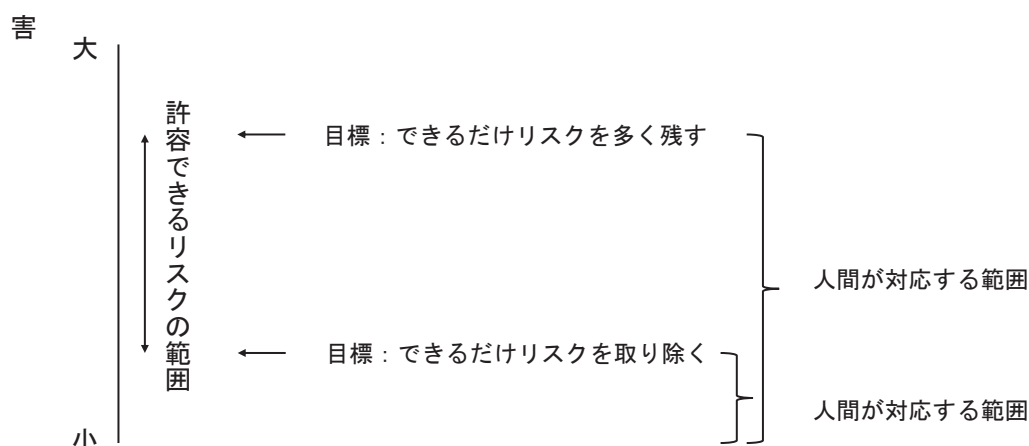


図 安全管理の考え方

できるだけリスクを多く残すことで、人間が対応する範囲は広がる。できるだけリスクを取り除くことで人間が対応する範囲は狭くなる。日常で人間が対応する範囲が残る方が、対応能力の維持につながるという考え方も成立する。

5. 管理という考え方

もし、前項のように、わざとエラーを残しておくという「戦略的な」エラー管理方法を含めて、「管理」と呼ぶのであれば、管理という概念の見方も変わってくるかもしれない。歴史的には、安全管理を「エラーを安全の対極にあるものとみなし、可能な限りエラーを減らす方法である」と考えて対応してきたが、エラーを人間から切り離すことができない事実を認めるのであれば、エラーに向き合う方法を一人ひとりに身に付けさせるという管理方法もある。ある程度のエラーを残しておくことで、人の対応能力を増やしたり、少なくとも減らさないようにしたりする、ということを「管理」とみなしてもよいであろう。

「安全管理とは、標準的な行動を定め、そこから逸脱しないようにする」ことだとする戦略では、真の安全から遠ざかってしまったり、より大きな危険に直面したりするかもしれない。安全管理とは、一人ひとりが自ら、安全とは何かを考え、安全を増やすように行動する、という考え方に切り替えてもよいだろう。ただ、この方法では、誰にでも有効な常に最適な方法というものがなく、一人ひとりの能力によっても選択肢は異なるであろうし、ある人には最適な方法が別の人にはそうでないかもしれない。自分にとって最適と思う方法で、結果的に失敗して

も、それを次の成功のための失敗だとみなすこともできる。逆説的であるが、成功を増やすために、エラーを許すという管理方法である。

しかし、管理の難しいところは、ここで全くの自由に任せてしまうと、害を受ける人が増えるということである。一定の範囲内にリスクをとどめておくことは、最低限必要である。安全とは、「許容できる範囲で、可能な限り多くのリスクを残しておくこと」というこれまでになかった新しい定義を提案してもよいかもしれない(図)。もし、許容できる範囲内で、可能な限り多くのリスクを残すとしたら、小さな害は発生し得る。それは戦略的に残した害であり、より大きな害に至りそうになった際に、それを避ける能力を培うための土台になる。管理者は、小さな害が発生するたびに、説明責任を果たす必要があるだろう。管理の不備だという指摘を受けるかもしれない。それをあえて、戦略的にリスクをできる限り残しておかなければ、大きな害を受けきれないのだ、という説明をするには勇気が必要である。その考えの裏付けになるのが、Safety-I と Safety-II の考え方である。

これは、新しい考え方に見えるかもしれないが、「成功は失敗の母」、「可愛い子には旅をさせよ」という考えと同じことである。失敗するのも、成功するのも人間であり、それを失敗とみなすのか、成功

の種とみなすのか、あるいは、成功の方法に固執し続けることが、次なる成長を阻むという意味で失敗だとみなすのか。管理とは、つまり、ある目的を達成するために、戦略的に、管理の対象と関わり続けることなのである。

利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

文献

- 1) NHS Institute for Innovation and Improvement. Improvement Leaders' Guide. Working in systems. Process and systems thinking. [https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-](https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.4-Working-in-Systems.pdf)

[content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.4-Working-in-Systems.pdf](https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.4-Working-in-Systems.pdf)

- 2) Reason J (著). 十亀洋 (訳). ヒューマンエラー 完訳版. 東京：海文堂, 2014.
- 3) 小松原明哲. ヒューマンエラーの考え方—人間工学の立場から—：医療安全と医事法【医事法講座 11】(甲斐 克則編). 東京：信山社, 2021.
- 4) World Health Organization. Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide (2011). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/curriculum-guide/resources/ps-curr-handouts/course01a_handout_patient-safety-definitions.pdf?sfvrsn=35cca167_11

Abstract

Safety-I and Safety-II : An overview

Yumi Matsumura

Department of Medical Safety Management, Kyoto University Hospital

Healthcare is a complex system, and eliminating harm caused by it is not an easy task. The very nature of healthcare can itself cause harm. Harm occurs when hazards combine with hazardous events. Errors are a type of hazardous event. The traditional approach to patient safety, known as Safety-I, focuses on preventing errors. However, when this approach is applied too rigidly, healthcare workers may lose their ability to avoid errors, which can result in even greater harm. Therefore, it can also be beneficial to intentionally allow for some errors to improve people's ability to respond effectively. The key is that, even if harm occurs, it must remain within acceptable limits. This leads to the concept of Safety-II. In fact, it is believed that learning from errors is the foundation of success. As the saying goes, "failure is the mother of success," the concept of Safety-II can be seen as two sides of the same coin as Safety-I, with reducing failures and increasing success being distinct but complementary goals.

Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 20: 7-11, 2025.

Key words: system, patient safety, risk, error, management

◆ 特集 : Safety-IIはSafety-Iと何が違うのか? ◆



Safety-I と Safety-II は対立する概念なのか

山口(中上) 悦子

大阪公立大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

■ 要 旨 ■

エリック・ホルナゲルによる Safety-I と Safety-II の概念の提唱は、安全マネジメントにおける重要な転換点として認識されている。これらの概念は、一見すると対立的に見える。しかし実際には産業の発展段階や組織の成熟度に応じて共存している。Safety-I は「うまくいかないことを防ぐ」ことに焦点を当て、Safety-II は「うまくいくことを可能な限り続ける」という新しい視点を提示しており、両者は対立概念ではなく、包含的・補完的な関係にある。組織学習の観点からも、Safety-I は既存の価値観や規範に則った改善を行うシングル・ループ学習に対応し、Safety-II は組織の価値観を新しいものへと変革し社会状況の変化へと対応するダブル・ループ学習に対応すると考えられる。このように、Safety-I と Safety-II 両概念は、組織を安全にマネジメントする上でそれぞれ重要な役割を果たしており、包括的なフレームワークとして活用されるべきものであると考えられる。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 12-17, 2025.

キーワード : Safety-I, Safety-II, 組織学習, シングル・ループ学習, ダブル・ループ学習

はじめに

エリック・ホルナゲルによって提唱された Safety-I と Safety-II の概念は、しばしば二項対立的に捉えられる傾向にある。医療安全管理においても、事故防止に焦点を当てる Safety-I アプローチと、システムの柔軟性や適応性を重視する Safety-II アプローチは、一見すると相反する考え方のように見える。しかし、両者は実際には産業の発展段階や組織の成熟度に応じて、異なる比重で共存している実態もある^{1, 2)}。本稿では、これらの概念が実際には歴史的にも実践的にも、連続的・包含的・補完的な関係にあることを論じる。

「安全」の考え方の変遷と安全の測定および分析に関する課題

安全に対する考え方は、歴史的には大きく3つの時代に区分することができる²⁾。第1の「技術の時代」は18世紀の産業革命期に始まった。この時代では、機械の爆発や崩壊を防ぐための技術的な方法に主な関心が向けられた。技術者たちは、機械の

リスクを抑制することで安全性が向上することを実証した。第2の「人的要因の時代」は1980年頃から始まった。この時期には、機械の安全性は向上したが、それだけでは事故を十分に防ぐことができないという認識があった。そして人間がシステムの重要な要素であり、同時に潜在的な脆弱性の一つであることが認識され、ヒューマンエラーという観点からの分析が重要視された。この時代には、事故が起こりつつある状態としてリスクを捉え評価することと、事故の原因を究明する事故調査が行われるようになった。第3の「安全マネジメントの時代」は1990年頃から始まる。この時代では、組織プロセスの理解が不可欠とされ、組織文化が安全性と学習能力に影響を与えること、さらに、政治的プロセスも安全上の重要な要因として認識された。安全やリスクが、組織に対して何を意味するのかを考える必要性も出てきた。

このような歴史的変遷を経て、ホルナゲルは安全に対する2つの考え方を確立した²⁾。第1・第2の時代の考え方を背景に生まれた「Safety-I」は、「う



図1 Safety-I と Safety-II は包含関係にある。

うまくいかないことを防ぐ」ことに焦点を当てる。そうすると、私たちは何らかの不具合が発生してから測定や事象の分析を始めることになる。つまり Safety-I では「うまくいっているとき」、つまり安全な状態を測定できないという矛盾が生じる³⁾。そこで「うまくいくことを可能な限り続ける」という新しい視点として、Safety-I の概念を脱構築することによって「Safety-II」が提唱された²⁾。ここでいう脱構築とは、既存の概念の意味を根本的に問い直し、新たな意味を再構成することとしておく。

さて、Safety-I のアプローチは、上述の第1・第2時代では一定の成果を上げていた。しかし、作業環境が変化した第3の「安全マネジメントの時代」では、とりわけ分析や測定において十分ではないことが明らかとなった。このような技術的・社会的変化に対応するためにも、Safety-I の脱構築と Safety-II の提唱には大きな意味があったのである。

「安全対策」と安全の考え方

Safety-I と Safety-II では、測定や分析において異なったアプローチがとられる。では「安全対策」はどうだろうか。病院の安全対策に目を向けてみよう。現在の日本で行われている安全対策は、ほとんどが Safety-I のアプローチで行われているだろう。確かに、生産プロセスの多くの部分を機械化できる産業の分野と違い、医療は人に頼るシステムである。そのため、人のエラーをいかに防ぐか、あるいはエラーを発見して対処するかといった視点は重要であ

る。ただし、それがエラーを起こした人を責めることや、表面的なエラー防止対策に終始することや、エラーが発生しないと対策しないことや、エラーが発生するたびに新しいルールや仕事の追加に帰結してしまうと、現場も、医療安全担当部門も疲弊してしまう。筆者は、このような医療安全のマネジメントを「事故（だけ）から始める医療安全」とよんでいる。実は、ジェームズ・リーズンも先述の論文の中で、「エラーに対する防御対策や予防対策はシステムを保護することに役立つが、一方で、システムの致命的な破壊を引き起こすこともある」と述べ、また「絶対安全の達成可能性を疑うことのない信念は、実現可能な安全目標の達成を著しく妨げる可能性がある」と続けている³⁾。このことから Safety-I 一辺倒の安全対策には限界があることがわかる。

それでは、Safety-I ではなくて Safety-II の考え方に基づいた安全対策の確立が最善なのだろうか。筆者はそれも違うと考えている。なぜなら、先に見てきたように Safety-II は Safety-I の脱構築から生まれたからである。提唱者であるホルナゲルも二つは包含関係にあると述べている（図1）。

Safety-I の安全マネジメントを否定する必要は全くない。先に述べたように、Safety-I の考え方は「物事がうまくいかないことを防ぐ」のが目的で、Safety-II は「物事がうまくいく可能性を最大限にして、うまくいっている状態を維持する」ことが目的だからである。Safety-I と Safety-II の目的の違いを考えれば、組織にとって、それらは両立するし、

どちらも重要である。小松原の次のような指摘は、極めて重要であると筆者は考える。

「Safety-II は、Safety-I と対立させてはいけないし、Safety-I の代替になるものではない。Safety-I の安全対策は重要である。猛獣を檻にも入れずにレジリエンスに管理するというのはナンセンスである。まずすべきは、猛獣のエネルギーと気象にも負けないしっかりとした檻を作り、そこに猛獣を入れ、飼い主には檻という技術システムに対して、管理マニュアルに従った檻の点検管理や鍵締めを怠りなく求めることが必須である。鍵を締め忘れてはならない。つまりヒューマンエラーは撲滅すべきである。こうしたことが Safety-I である。しかしそれでもなお、猛獣が脱走するかもしれない。そのときに万事休すでは困る。逃げた猛獣を座視することはできない。そうするとレジリエンス対応が必要となる。そのとき、心の準備も含めて何も準備していかなければ、泥縄、場当たりになってしまうということである。とりわけ事態が急速に展開する緊急事態を場当たりで対応すると、間違いなくその成功率は低下する」⁴⁾。

レジリエンスとは、「うまくいくこと」を最大化するための調整である⁵⁾。レジリエンスが発揮されるといっても、Safety-II の考え方に基づいた安全は行き当たりばつりの即興ではない。一方で、小松原が指摘する Safety-I のあり方も、「事故(だけ)から始める医療安全」ではない。「正しい」Safety-I の考え方に則ったマネジメントは「うまくいかなかった」後ではなく、「うまくいっている」ときにこそ着実に行うもので、Safety-II の考え方に則ったマネジメントも「うまくいっている」ときに「うまくいかない」ときへの備えを行う、という意味だと筆者は考えている。

安全と「組織の学習」

次に、安全マネジメントにおける組織の学習という観点から、二つの概念が対立関係にはないという考察を深める。筆者は、組織の安全を考えると、「学習」という概念は極めて重要であると考え、学習は組織の発達を促す。組織学習を視野に入れた安全マネジメントこそが、組織のシステムや業務のプロ

セスを安全な状態へと発達させると考える。

組織学習という概念は、クリス・アーギリスとドナルド・ショーンが1978年、最初に提唱した⁶⁾。組織学習に関する定義は諸説あるが、ここでは個人や職場の集団が「知識を創造、獲得、移転する技術を持ち、既存の行動様式を新しい知識や洞察を反映して変容する」活動とする⁷⁾。

さて、Safety-I の安全マネジメントでは、組織は「うまくいかないこと」が発生した後に、その事象を振り返って学習する。「人は誰でも間違える」という前提に立ち、エラーの背後に潜むシステム側(患者・職員・業務・技術・チーム・環境・組織など)の要因を分析する。そして、将来的なエラーの発生防止とその影響の最小化、つまり「うまくいかないとき」の再発防止を目指す。一方、Safety-II の安全マネジメントでは、「うまくいくこと」を最大化し、「うまくいっている状態」を維持するための調整を行う。そのために組織は「うまくいっていること」と「うまくいかなかったこと」の両方から学び、知識と経験を蓄積する。言い換えれば、私たちの様々な生産活動について、どのような状態でうまくいき、どのようなときにうまくいなくなり、さらにどうやってうまくいかない状態を回復させるのか、あるいは望ましくない結果に陥ってしまうのか、システムとプロセスの全体を俯瞰して観察する。そしてそこからの学びを「うまくいくとき」の維持と「うまくいかないとき」の回復に活かすのである。

学習の観点から物事が「うまくいっているとき」と「うまくいかないとき」を経時的に見てみると、安全マネジメントでは Safety-I と Safety-II どちらも、「うまくいっているとき」に学びを深めていることがわかる。ただし、物事が「うまくいっているとき」は互いに補完的に、「うまくいかないとき」、つまり危機や変動時には Safety-II のアプローチにシフトして調整が行われる(図2)。

ところで、組織学習には「シングル・ループ学習」と「ダブル・ループ学習」という2種類の形態がある⁸⁾。シングル・ループ学習は、組織の既存の価値観や規範に則って、継続的に問題解決を試みる基本的な学習活動である。一方、ダブル・ループ学習は、環境や社会の変化・変動に対して「集団のあり方

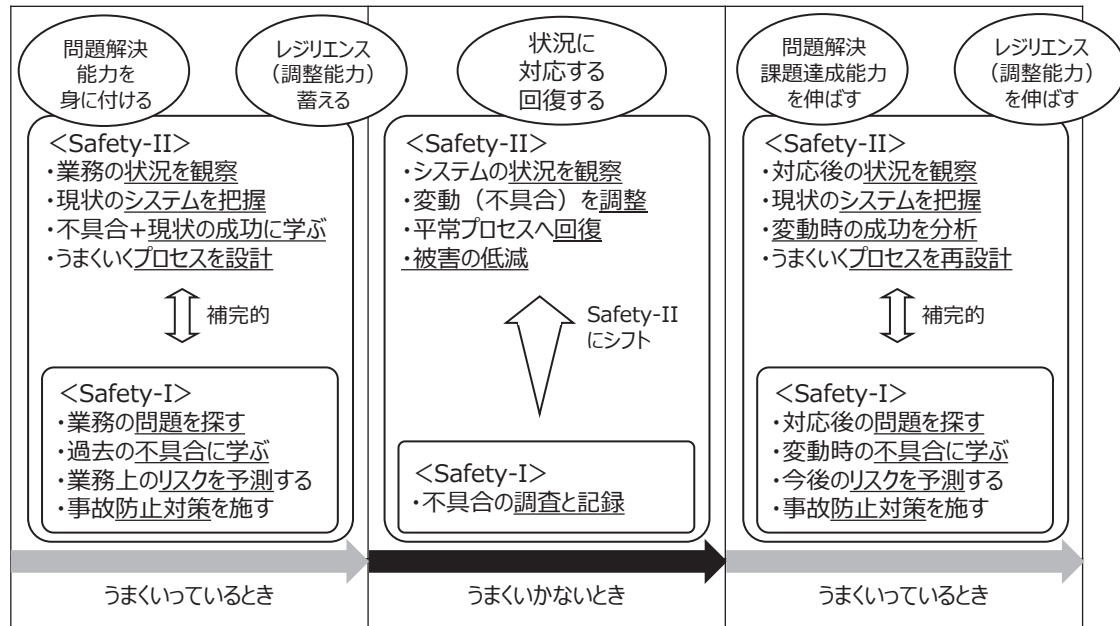


図2 Safety-I と Safety-II の学び. Safety-I と II は包含的・補完的であるので、物事がうまくいっているとき（平時）にも、両方のアプローチで学習が行われる。このことは、Safety-II における調整能力（レジリエンス）を高めるための知識や経験を蓄えることにつながる。そして、いざ、危機・変化・変動など物事がうまくいかないときに、Safety-II のアプローチへのシフトによって、システムは状況に対応し回復に至る。その後、再び平時に戻れば、さらに進化した形で Safety-I と Safety-II のアプローチに基づいたマネジメントが行われ、学びが深まる。

の改善を意図して、率先して組織の既存価値観や行動基準からの逸脱を行うこと」により、組織の既存の価値観を新しいものへと置き換える、より高次の変革を目指す。ダブル・ループ学習は、シングル・ループ学習で日常業務上の不具合を継続して改善する中で、システムやプロセス全体へと改善の対象を拡張していったその先に、さらなる「改革」が求められるような状況で必要となる。筆者は、平常時にシングル・ループ学習を徹底して行い、ダブル・ループ学習の基礎を鍛え、変革が求められるときにダブル・ループ学習を展開することによって、組織の発達が段階的に促されると考えている。

これら二つの組織学習の形態と Safety-I と Safety-II のアプローチを合わせて考えてみよう。そうすると、大まかに、Safety-I は既存の組織の価値観や規範に則って改善を続けるシングル・ループ学習に、Safety-II は組織の価値観や規範から逸脱することを恐れず、時に拡張し、越境し、協働しながら^{注)}、環境や社会の変動に対応しようとする、より高次の

ダブル・ループ学習に対応すると考えられる(図3)。

ただし、組織学習と観点からみると、Safety-I と Safety-II のアプローチは、対立させたり、分類して考えたりしている状況から、より高次の安全マネジメントアプローチに移行するはずである。組織学習の先にあるのは組織の発達である。発達した組織の安全マネジメントでは、包含的であり補完的であり同期的であるような、ハイブリッドで包括的なフレームワークが活用されるのではないかと考えている。

おわりに～二項対立を超えて～

Safety-II は、産業構造の変化の中で Safety-I の脱構築から生まれた。Safety-II は Safety-I の発展形であり、二つの概念は、測定や分析、安全対策においても、さらに組織の学習と発達という観点からも、対立させても有益ではないことを確認してきた。さて、インターネットで世界がつながり、デジタル技術が進歩し、生成 AI が急速に普及するような現代社会では、近いうちに Safety-II にもさらなる脱

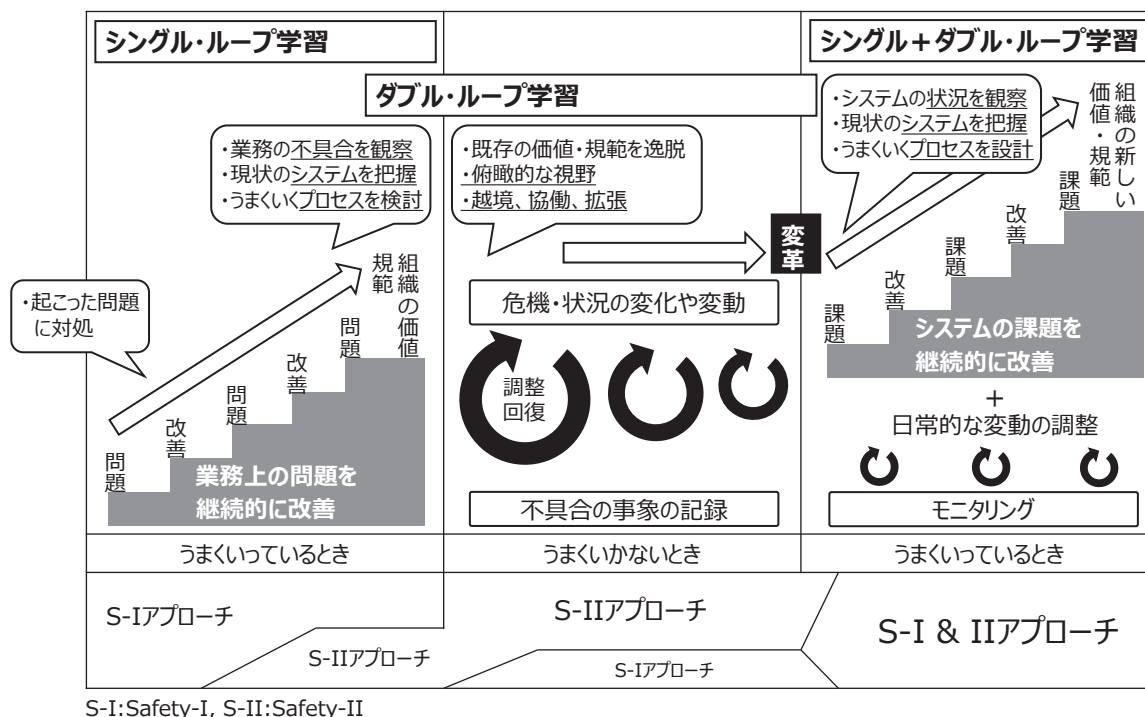


図3 組織学習の二つの形態と Safety-I および Safety-II のアプローチの対応.

組織は、うまくいっているとき（平常時）に継続的な改善活動を行う。正しく継続されれば、活動は次第にシステムやプロセス全体の改善へと発達する（シングル・ループ学習）。時間が経過し、危機・状況変化・変動に見舞われたときには、それまでの組織の規範からの逸脱・越境・協働・拡張などにより組織の変革を目指して活動する（ダブル・ループ学習）。このような経過を経て、組織は高次の生産システムへと移行する。そこでは、おそらく二つの学習形態が当然のように併存し、より高次のレベルで行われている。安全マネジメントでは、はじめはS-I 優位に行われているが、次第に包含的・補完的に行われるようになり、高次の生産プロセスでは、よりハイブリッドな形態で両方のアプローチが採用されている。

構築が起こるだろうか.

Safety-I と Safety-II の提唱者であるホルナゲルは、Safety-III の出現の可能性をある意味において否定している。Safety-III が出てくるのであれば、それは Safety-I と II のような補完関係で立ち現れるのではなく、全く新しい概念か、「合成されるべきもの」になると述べている²⁾。たとえば、Safety-I の考え方に照らせば、「うまくいかないこと」の分析に焦点があてられるので、膨大なインシデントのデータベースが作られることになる。レポートの分析と活用は、医療安全管理者にとって常に頭の痛い問題だ。一方、Safety-II ならば、「毎日の活動と日常の変動について記録することで十分」といわれる。しかし、その記録もまたデータであり、日常の変動

のモニタリングも現状では人が行わざるを得ない。

ところが、今や、デジタル技術や AI の発展が、膨大なデータの処理や変動のモニタリングを担う時代になりつつある。このように業務環境が大きく変化するならば、ホルナゲルのいうように、私たちはきっと近い将来、Safety-I と Safety-II の対立にとらわれない、全く新しい形の安全の概念に基づいたマネジメントを求められるようになるのだろう。

注) ユーリア・エンゲストロームによる「拡張による学習」の概念に依拠する⁹⁾

利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める
利益相反に関する開示事項はありません。

文献

- 1) 小松原明哲. Safety-I と Safety-II : 安全における
ヒューマンファクターズの理論構造と方法論.
安全工学. 2017: 56, 230-237.
- 2) Hollnagel E (北村正晴, 小松原明哲 監訳).
Safety-I&Safety-II—安全マネジメントの過去と
未来. 東京 : 海文堂出版, 2015.
- 3) Reason J. Safety paradoxes and safety culture.
Inj Control Saf Promot. 2020: 7: 3-14.
- 4) 小松原明哲. ヒューマンファクターズの論理と
方法. システム／制御／情報. 2017: 61, 207-
212.
- 5) Hollnagel E, Paries J, Woods DD, Weathall J
(北村正晴, 小松原明哲 監訳). 実践レジリエン
スエンジニアリング—社会・技術システムおよび
重安全システムへの実装の手引き— Resilience
Engineering in Practice: A Guidebook. 東京 :
日科技連出版社, 2014.
- 6) Argyris C, Schon DA. Organizational
Learning: A Theory of Action Perspective.
Boston: Addison-Wesley, 1978.
- 7) Garvin DA (徳岡晃一郎 訳). 実践段階に入っ
た「学習する組織」. Harvard Business Library.
1993 (11) : 22-36.
- 8) 正木郁太郎, 村本由紀子. 組織コミットメント
が組織学習に及ぼす影響について. 社会心理学
研究. 2015: 31: 46-55.
- 9) Engeström Y (山住勝広 訳). 拡張による学習
活動理論からのアプローチ. 東京 : 新曜社,
1999.

Abstract

Crossing the dichotomic discussion between Safety-I and Safety-II

Etsuko Nakagami-Yamaguchi

Department of Quality and Safety Management, Osaka Metropolitan University Hospital

Hollnagel's conceptualization of Safety-I and Safety-II represents a significant paradigm shift in safety management theory. Although these frameworks may appear dichotomous, empirical evidence suggests their coexistence, with their relative significance varying according to industrial developmental trajectories and organizational maturity levels. Whereas Safety-I emphasizes the prevention of adverse events, Safety-II introduces a paradigmatic shift towards maintaining and optimizing successful operations? establishing a complementary rather than antagonistic relationship between the frameworks. From an organizational learning theoretical perspective, Safety-I corresponds to single-loop learning mechanisms, facilitating improvements within established organizational parameters, while Safety-II aligns with double-loop learning processes, enabling fundamental transformations in organizational values in response to evolving societal contexts. In conclusion, both Safety-I and Safety-II frameworks constitute essential components of comprehensive organizational safety management systems and should be implemented within an integrated theoretical framework. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 20: 12-17, 2025.**

Key words: Safety-I, Safety-II, Organizational learning, Single-loop learning, Double-loop learning.

◆ 特集 : Safety-IIはSafety-Iと何が違うのか? ◆



Safety-II 思考で医療システムを最適化する

伊藤 英樹

広島大学病院 医療安全管理部

■ 要 旨 ■

複雑適応系システムとしての医療を理解し、良好なパフォーマンスを発揮するためには、うまくいっているパフォーマンスの調整を知り、実践することが大切である。そのためには、医療行為のプロセスを可視化し、Safety-II の視点でうまくいっている医療の調整方法を知ることが第一歩である。この調整には想定する医療と現実の医療のギャップを把握し、そのギャップを埋めることが求められる。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 18-22, 2025.

キーワード : Safety-I, Safety-II, 複雑適応系, レジリエンス, ネットワーク, 機能共鳴分析, トレードオフ, work-as-imagined, work-as-done

医療システムを適切な方法論で理解する

医療事故を減らす（なくす）ためには、事故の原因を明らかにし、適切な対策を立案することが必要であるが、そのためにはシステムの特徴に応じた適切な解析方法を用いることが重要である。医療は複雑適応系システムの一つと位置付けられており、各個人や各部部門がネットワーク内で連携し、適切な医療が提供されている。このようなシステムがうまく機能している原理を理解するためには、良好な結果を生み出す「調整方法」を知ることが大切であり、Safety-II の考え方が適していると考えられる。また、この調整方法を知るために、機能共鳴分析手法 (Functional Resonance Analysis Method, FRAM) を利用することが有用である^{1, 2)}。患者安全は、Safety-II の視点でシステムを調整することによって達成される。

医療提供は複雑適応系のシステムである

病院は複雑適応系システム (complex adaptive system) に分類されると考えられている。複雑適応系システムと一見似ているように見えるシステムに精密機械系システム (complicated system) があるが、比較することでその違いが明確になる³⁾。

精密機械系システムは一見複雑に見えるが、各部門（部品）の集合体として、単純な足し算でパフォーマンス（結果）が決定される。各部門はそれぞれ独立した機能を持ち、A の部門に問題が生じた場合でも、隣接する B の部門も影響を受けて機能しなくなるわけではない。例えば、車の生産過程は精密機械系システムの例と考えられるが、エンジンの製造に問題が発生しても、ブレーキ部品に問題が生じることはない。また、完成した自動車のエンジンが故障した場合、エンジン部分のみ修理すれば車は正常に走行することができる。一方、複雑適応系システムでは各部門が集合体を形成してパフォーマンスを決定する点は精密機械系システムと共通しているが、部門間の相互影響がある点が大きな違いであり、単純な足し算では理解できない。A の部門に問題が発生すると、B の部門も適切に機能しなくなることがあり、逆に A の機能が向上すれば、B の機能も向上する可能性がある。よって、A の部門で障害が発生した場合、その部門の修復だけでシステム全体としての改善が保証されるわけではない。各部門がネットワークの中で相互に影響を与えながら連動して最終的なパフォーマンスを生み出すため、パフォーマンスがどのように相互作用しているのかを

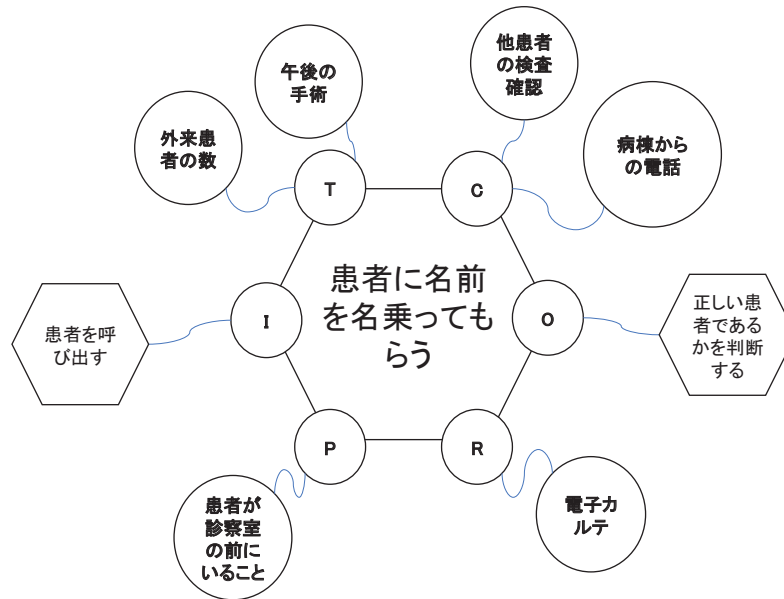


図1 FRAM図の基本構成

患者誤認を防ぐために、外来で患者を呼び出した後、診察室で患者に名前を名乗ってもらうという機能とその変動要因。I=input（開始するために必要な入力）、O=output（機能からの出力）、P=precondition（事前条件）、R=resource（必要な資源）、T=time（時間的な制約）、C=control（制御する条件）。

把握することが大切である。

複雑適応系と Safety-II

分解可能なシステムであれば、故障が生じた場合、故障した部分だけを取り出して修理すればいいという考え方は Safety-I と呼ばれる。つまり、「失敗（故障）を減らす」ことに重点を置いている。精密機械系システムではマニュアル重視の方法が有効であるが、複雑適応系システムの問題（故障）においては、必ずしも効果をあげるわけではない。複雑適応系システムのパフォーマンスは、ネットワーク内の相互作用によって最終的に決定されるため、システムの中でどのように相互影響が生じ、どのようにパフォーマンスが形成されるかを把握することが問題解決の第一歩である。先に述べたように、どのような相互影響による結果を明らかにし、失敗しない関係性の特徴、つまり成功している医療の特徴、つまり「うまくいっている」状態を観察することが重要である。成功しているパフォーマンスに注目し、その調整方法に焦点を当てる考え方は Safety-II と呼

ばれる。このアプローチは、失敗だけを切り離して考えることができない複雑適応系システムに適した考え方である。

複雑適応系システムを可視化するための FRAM

次に、複雑適応系システムにおけるネットワーク調整を理解するためには、システムを可視化し、俯瞰して観察することが必要である。その方法として、機能共鳴分析手法（Functional Resonance Analysis Method：FRAM）がある^{1, 2)}。図1に示す FRAM 図の基本構成は以下の通りである。FRAM の基本単位は「機能」と6つの要素から構成される。機能とは医療行動そのものであり、ある機能に対して入力（I=input）があり、その入力に基づいて行動が実行される。そして、この機能の実行は他の機能へ出力（O=output）される。この入力から出力に至るまでの過程で、機能の質を変動させる要素が4つある。それは、事前条件（P=precondition）、資源（R=resource）、時間的制約（T=time）、制御する条件（C=control）であり、これらの変動要因

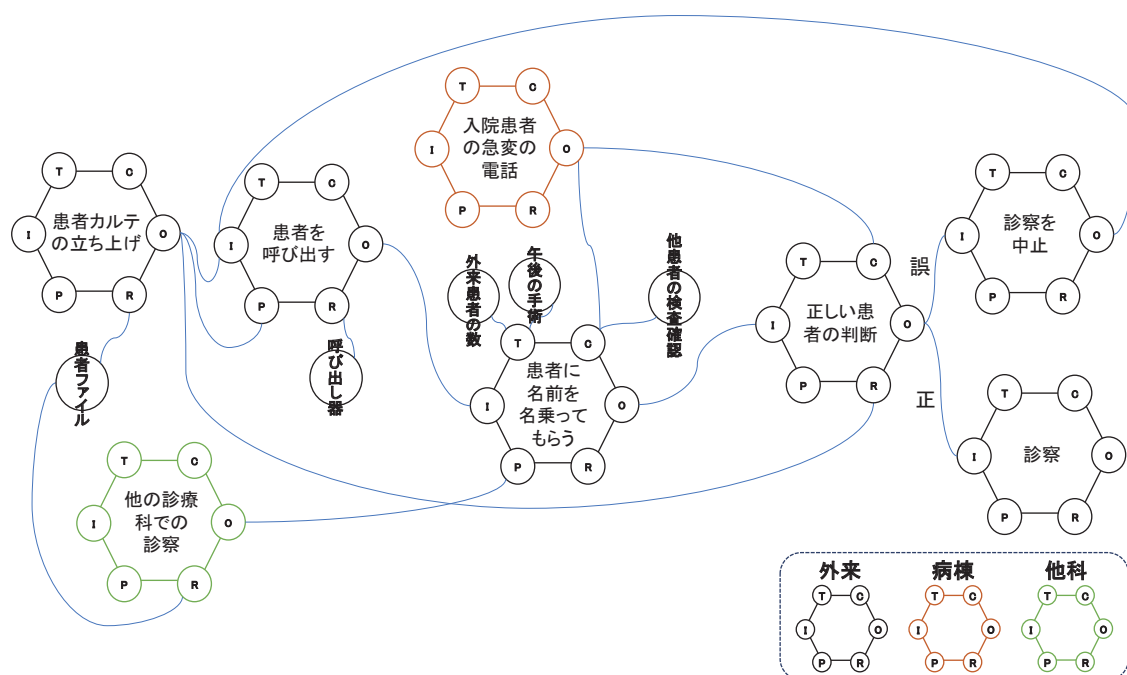


図2 FRAM図の実際

外来で患者呼び出し、診察を開始するまでの機能と要素。外来と病棟はネットワークで連動しており、病棟の状態や他の診療科での診察状況が、患者に名前を名乗ってもらうという機能に影響を与えることがある。

によって機能の質はリアルタイムに変化する。一方、精密機械系システムは入力と出力以外に変動要因がない直線的なモデルと考えることができる。FRAMは医療における複雑なネットワークを可視化するための手法であり⁴⁾、システム全体の調整や相互作用を明確にすることができる方法論である(図2)。

FRAMの基本原理

FRAMは4つの基本原理に基づいており、これらは複雑適応系システムの特徴を示している。第一の特徴は、成功と失敗は一元的であるということである。成功と失敗が異なる起点から生じるのであれば、失敗だけに注目すれば良いことになる。しかし、複雑適応系システムでは、成功も失敗も起点は同じであり、結果を左右するのは調整方法である。つまり、プラクティスの機能や要素をどのように調整するかが重要である。成功しているプラクティスに注目するSafety-IIの考え方は、どのような調整方法が成功につながるかを知ることには他ならない。第二の基本原

理とは、片方を優先すれば片方が失われる関係を指す。医療現場では、トレードオフの関係性の中で常に意思決定を迫られる。例えば、確認の回数を増やすことで間違いは減るかもしれないが、時間や労力を失うことになる。逆に効率的に進めれば、間違いが増える可能性がある。このような関係性の中で、良好なパフォーマンスを得るために調整をうまく行うことが求められる⁵⁾。第三の基本原理は、複雑適応系システムはスモールワールドであるということである。Milgramは約60年前に興味深い実験を行った⁶⁾。オマハからボストンにいる知らない人に手紙を届けるには、何人を経由すれば手紙が届くのかという実験で、最終的に人種や性別に関係なく6人目で手紙が届くことが分かった。この結果を「6次のつながり」と呼び、「世界は思っているよりずっと狭い」ということを示している。つまり、ネットワーク間の影響は予想以上に受けやすいことを意味しており、遠くで無関係に思えることでも、実際には意外な影響を及ぼし合っているということである⁷⁾。第四の基本原理は機能共鳴である。

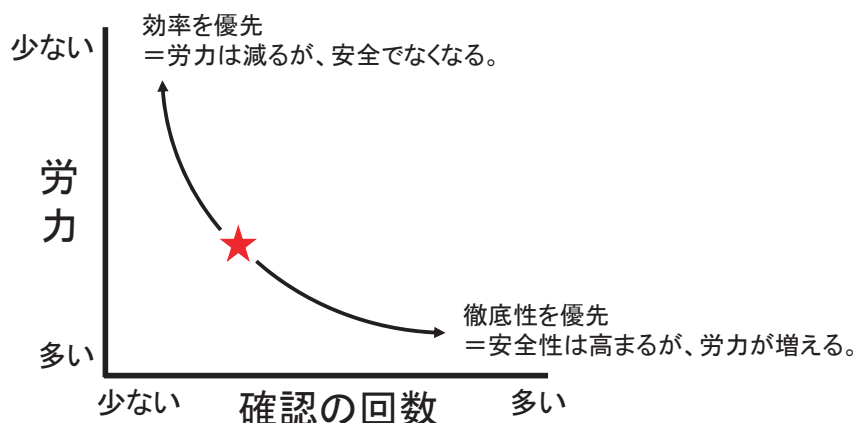


図3 トレードオフの関係

どちらかを取ると、片方が失われる関係のこと。医療提供時には、労力と安全のトレードオフの関係性がある。★＝労力の負担を最小限にとどめ、安全性も確保されるポイント。

機能共鳴は物理学の用語であり、普段は覚知できない微小なシグナルでも、ノイズを加えることでそのシグナルを感知できる現象を指す。医療においてこの現象を当てはめると、シグナルは個人のパフォーマンスに、ノイズは変動要因に相当する。最終的なパフォーマンスは、シグナルにノイズを加算させたものだといえる。この原理に従えば、医療事故を防ぐためには以下の3つが考えられる。

1. 個人のパフォーマンスを最善にする（シグナルを小さくする）
2. 変動要因を小さくする（ノイズを減らす）
3. 事故が起きないような環境を整える（閾値を上げる）⁸⁾

今後、この考え方に関するさらなる議論が進むことを期待したい。このように、FRAMは複雑適応系システムの特徴を可視化するために適した方法論であり、可視化したシステムを俯瞰して観察し、Safety-IIの視点で変動要因を調整することが重要である。

変動要因の調整が必要

医療は複雑適応系システムとしての特徴を持ち、その可視化には適切な方法論が求められる。また、変動要因をうまく調整し、良好なパフォーマンスを発揮しているプラクティスから学ぶことの重要性についても述べてきた。効果的な調整方法は、トレー

ドオフの関係が存在する医療現場において、想定された理想の医療（work-as-imagined）と実際に行われた現実の医療（work-as-done）のギャップを理解し、そのギャップを埋めるための不断的努力に他ならない。さらに、医療はリアルタイムで変化し続けており、絶えず異なる変動要因の中でパフォーマンスが変動していることを理解しておく必要がある。事故を引き起こした特定の状況は二度と同じ形では再現されないため、過去の出来事に対する表面的な対策にとどまらず、今後何が起こるかを予測し、事前に対応することが重要である。そのためにも、FRAMなどを活用して医療行為を可視化し、Safety-IIの考え方に基づいて「良い取り組み＝効果的な調整方法」を先行的に適用することが求められる。

参考文献

- 1) Hollnagel E. FRAM: the functional resonance analysis method. Modelling complex socio-technical systems. Boca Raton: CRC Press, 2012.
- 2) Hollnagel E. FRAM- the Functional Resonance Analysis Method for modelling non-trivial socio-technical systems. <https://functionalresonance.com/>
- 3) 中島和江. レジリエント・ヘルスケア入門. 東京:

-
- 医学書院, 2019.
- 4) 木村亜紀子, 泉谷悟, 右近清子, 宮本真太郎, 渡谷祐介, 伊藤英樹. 胸腔ドレーン接続外れに対する Safety-II アプローチの実践. 医療の質・安全学会誌. 2023; 18: 303-309.
- 5) Hirose T, Sawaragi T. Extended FRAM model based on cellular automaton to clarify complexity of socio-technical systems and improve their safety. Safety Science. 2020; 123: 104556.
- 6) Milgram S. The small-world problem. Psychology Today. 1967; 2: 60-67.
- 7) Watts DJ, Strogatz SH. Collective dynamics of “small-world” networks. Nature. 1998; 393: 440-2.
- 8) Sadahide A, Itoh H, Moritou K, Kameyama H, Oda R, Tabuchi H, Kiuchi Y. A clinical trial evaluating the efficacy of deep learning-based facial recognition for patient identification in diverse hospital settings. Bioengineering. 2024; 11: 384.
-

Abstract

Adjustments of Healthcare System Based on Safety-II approach

Hideki Ito

Department of Medical Safety Management, Hiroshima University Hospital

Healthcare system is one of complex adaptive system and the performance is a result following the combination of personal and surround aspects. We need to understand and learn upon the theory of safety-II how the network among the complex adaptive system could be adjusted in the good practices. This challenge results in the proactive adjustment against the gap between “work-as imagined” and “work-as-done” under the trade-off relationship.

Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 20: 18-22, 2025.

Key words: Safety-I, Safety-II, complex adaptive system, resilience, network, functional resonance analysis method, FRAM, trade-off, work-as-imagined, work-as-done

◆ 部門紹介 ◆



日本大学松戸歯学部付属病院 医療安全管理室・医療安全管理委員会

山口 秀紀

日本大学松戸歯学部付属病院は、千葉県で唯一の歯科大学付属病院として、昭和46年（1971）に開設されました。以来、50年以上にわたり千葉県東葛地区を中心とした地域歯科医療と歯科医師の育成に貢献してきました。現在は、心臓血管外科、内科、耳鼻咽喉科、脳神経外科など医科診療科も含めた施設となっており、埼玉県、茨城県、東京都内からも多くの患者さんが来院されています（図1）。



図1 日本大学松戸歯学部付属病院

病院には医科・歯科あわせて22の診療科があります。スタッフは、歯科医師195名、臨床研修歯科医師70名、歯科衛生士21名、看護師19名、医師4名、その他のコデンタルスタッフ13名、病院事務15名です。

次に、本院の医療安全体制と活動の一部を紹介します。

1. 医療安全体制

当院の医療安全体制は、病院長直轄の「医療安全管理室」と「医療安全管理委員会」の二本柱から成り立っています（図2）。

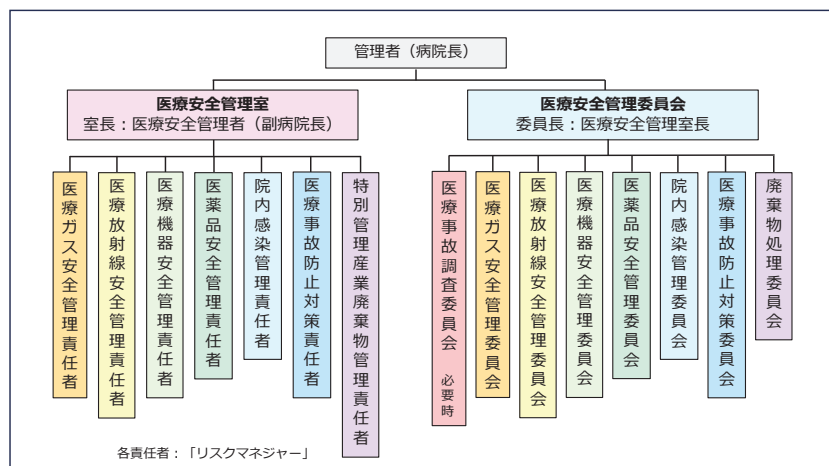


図2 日本大学松戸歯学部附属病院における医療安全管理体制
管理者である病院長の下、「医療安全管理室」と「医療安全管理委員会」の二本柱で附属病院の安全を支えている。

1) 医療安全管理室は、安全管理担当の副病院長を室長とし、その下に廃棄物処理，医療事故防止，院内感染，医薬品安全，医療機器安全，医療放射線安全，医療ガス安全の7分野の責任者（リスクマネジャー）を設けています。リスクマネジャーは歯科医師，看護師，歯科衛生士，薬剤師などが担当し，それぞれが各領域の安全管理を担当する病院スタッフ（各5～10名）を指揮しています（図3）。



図3 リスクマネジャー

左から，齊藤真規（歯科医師 院内感染管理担当），伊東浩太郎（歯科医師 医療放射線安全管理担当），山口秀紀（歯科医師 副病院長，医療事故防止対策担当），鈴木正敏（歯科医師 医療機器安全管理，医療ガス安全管理担当），久松たず子（看護師 特別管理産業廃棄物管理担当），小松崎康文（薬剤師 医薬品安全管理担当）

医療安全管理室長，リスクマネジャー，院内安全担当スタッフが一同に会する委員会として，医療安全合同委員会があります。この委員会の構成メンバーは，院内現場における実質上の安全管理担当者となっ

ています。

2) 医療安全管理委員会は、各診療科長（教授）、医療専門職や事務部門の責任者（主任・課長）らによる合議体で、医療安全合同委員会で検討された安全施策の審議、承認する組織となっています。医療安全管理委員会の中には7つ（臨時を含めると8つ）の専門委員会が設置されており、医療安全管理室のリスクマネジャーが各委員会の委員長となっています。

複数の職種や診療部門があり、医療スタッフ数も多い病院では、医療現場と管理者との間に情報共有の溝が生じ易くなります。当院ではリスクマネジャーが、現場担当である医療安全管理室の責任者と管理職の合議体である医療安全管理委員会の各委員長を兼ねることで、その溝を埋めるよう努めています。

2. 活動内容

1) 医療安全合同委員会（毎月）

毎月、第2水曜日に開催される委員会（会議）です。医療安全管理室長と7名のリスクマネジャー、そして各リスクマネジャーの下で現場の安全確保を担っている歯科医師、歯科衛生士、看護師、医師、その他のコデンタルスタッフなど総勢40名からなる、いわゆる現場会議です。本委員会では各リスクマネジャーや委員から、院内の安全に関するさまざまな報告に加え、インシデントアクシデントレポートの情報共有と分析、病院執行部への上申事項など、院内医療安全の土台となる部分が協議されます。医療安全合同委員会で検討された内容は医療安全管理委員会に報告されます（図4）。



図4 医療安全合同委員会（会議）

2) 医療安全管理委員会（毎月）

毎月、第4水曜日に開催されます。医療安全合同委員会で協議された事案について、構成メンバーである病院の講座責任者（教授）や各職域の責任者、事務責任者らに報告され、病院全体での方針を承認、決定する委員会（会議）です。また報告、決定された事項は、病院の各講座や各職域の医療スタッフに伝えられます。さらに本委員会は、医療法で設置が定められている病院長を含む委員会としての意義も有しています。

3) ICT 会議（毎月）

本会議は、院内感染防止対策責任者（院内感染防止委員会委員長）を議長とし毎月行われます。主に院内感染防止を目的とした活動を行っていますが、ICT 委員らによる院内ラウンドでは、医療事故や個人情報保護に関する問題点についてもチェックが行われており、院内の情報収集集団としての役割も果たしています。ICT 会議で検討された事項は、医療安全合同委員会及び管理委員会で報告されます。

4) その他、他の施設の安全部門でも実施されている、医療安全管理指針やマニュアルの作成と改定、日本医療機能評価機構からの最新医療安全情報の提供、同機構への事例報告、院内医療安全研修の実施、ヒヤリハット事例の原因分析と業務改善計画の評価、医療機器の安全講習、患者相談窓口対応、啓蒙ポスターの作成と掲示、歯学部学生や臨床研修歯科医師への安全教育なども、医療安全管理室や医療安全管理委員会が中心となり活動しています。

歯科の単科大学病院では、医療安全の専従者や専門部署を特別に設けることには多くの困難があります。そのため当院では、医療安全に関する組織を二重、三重に構築するとともに、リスクマネジャーを中心とした多くの病院スタッフが院内安全の担い手となることによって、安全で安心できる病院作りに貢献していきたいと考えています。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 23-26, 2025.

◆ 委員会・部会紹介 ◆



医療安全学会：看護部会の紹介

藤井 千枝子

1. 看護部会の活動から

医療安全学会の活動は、多職種が協働するということが一番の特徴だと思います。看護部会も、多職種から成る部会です。看護部会としては、新村美佐香理事や布施淳子理事とともに医療安全学会での看護ネットワークが強化されることや、互いに相談しあえる仲間としての活動ができればと考えているところにあります。

医療安全学会学術総会では、「口腔ケア」、「チーム医療、患者中心の医療」、「多職種におけるタスク・シフト／シェアの現状と課題」、「医療従事者の働き方改革と医療安全」、「医療安全活動の今後の課題から育ち合いへ」などのシンポジウムを開催してきました。新村理事、布施理事のほか、寺田員人先生（日本歯科大学新潟生命歯学部）らにより、歯科安全にも力をいれてきました。

今回ご紹介したいのは、第8回学術総会から継続して報告を続けている「外来化学療法の看護師の適正な人数配置について」です。看護部会の河田健司先生（藤田医科大学医学部）から課題共有があった重要なテーマです。

かつて、看護婦の夜勤の過重労働から「ニッパチ闘争」が起こりました。増員と夜勤制限闘争であり、人手不足による看護の質低下を改善するため1968年から1970年頃にあった医療労働運動です。私は、その後の世代として、夜勤の人数は複数人であり、月の夜勤日数が限られた中で働いていました。その活動に関わった先人たちから、熱い思いを聞いた覚えがあります。

現代は、エビデンスを出してリスクから安全へと転換する時代になっています。エビデンスを明らかにするために、聖路加国際大学大学院の大田えりか先生によって、がん化学療法の専門能力をもつ看護師たちへの調査が実施されました。

医療技術の進歩は著しいものです。かつて、といってももう40年近く前の私の経験ですが、入院患者1名に初めてがん化学療法を行うときの看護スタッフの不安や戸惑いを思い出します。それが、外来において、数人単位で治療できると知ったとき、改めて医療の進歩に、驚きと敬服するような思いでした。例えば、薬の小さな顆粒や、液体1滴に多くの英知が集まっています。それだけに与薬の誤りは、身体への侵襲も大きいことを痛感します。患者さんの不安に寄り添うことや、医療従事者が患者の負担を最小限にするための注意深い観察は変わりなく重要なことです。

新しい技術の進歩とともに新たな対応が必要なこと、これまで行ってきたことで継続が必要なことの両方があると思います。その対応は、依然として看護師や医療従事者の努力・根性・忍耐力で取り組まなければ成せないこともあるような気がしてなりません。誰もが過剰な負担がある中では、医療の質の低下が起こるだけでなく、安全を守り続けるのは難しいことになります。ミスを防げたとしても、そのストレスや緊張が続けば、それが積み重なって眠れなくなります。心身ともに負担が生じます。このような医療や看護場面では

の緊張が絶えない中でも、それぞれが必死に安全に医療を提供する工夫をし、実践しているのだと思います。

看護部会でも、看護師が心理的安全性が保たれた中で、仲間と仕事を続けたいと思える環境となるように医療安全学会では何ができるかという話になります。看護師が生き生きと働くことは、病院全体によい影響を与えます。ここで改めて語る必要はないことですが、患者の安全を守るためには、医療従事者の安全も大切です。そのための労働環境は大切です。看護師の安全は、管理者の在り方や病院の収支も関係します。資源は有限ですが、課題は一つ一つ解決しなければ無限に増え続けるように思います。

河田健司先生の「外来化学療法の看護師の適正配置は医療安全を映す鏡」、さらにそれが「サロゲートとなる」という言葉からも、この知見は、他の医療にも共通する課題が含まれていると実感します。私たちは、病院全体の医療安全をこの外来化学療法の看護師の適正配置に取り組むことで焦点化し、時に多角的に見ながら、医療安全について考えています。患者や医療従事者だけでなく、医療全体の評価を通して患者のQOLと安全を推進するなど、これまで様々な人と同じ目標に向けて歩んできました。外来でのがん化学療法を受けることになった方々が、日常生活を過ごしながらかん治療を全うできることを願いながら、皆で前進できればよいと思っています。

2. これまでの学術集会における「外来がん化学療法と医療安全」の概要

【第8回医療安全学会学術集会】

外来化学療法をサロゲートとした看護と医療安全環境整備に向けて

座長) 大田えりか (聖路加国際大学看護学研究科国際看護学)

看護師の安全を守ることや、そのあり方は、病院の医療安全のレベルを映す鏡となる。看護部会は、安全な医療環境整備に寄与することや、看護師の心身の安全を守るという側面からも医療安全の推進を考えている。外来化学療法の安全推進をサロゲートとするシンポジウムを企画し、近々の化学療法の知見と課題の共有を図る。

登壇者)

大田えりか (聖路加国際大学看護学研究科)

河田 健司 (藤田医科大学医学部)

藤澤 大介 (慶應義塾大学医学部)

武村 雪絵 (東京大学医学部附属病院)

【第9回医療安全学会学術集会】

外来化学療法におけるがん患者と看護師の医療安全

座長) 藤澤大介 (慶應義塾大学医学部)

外来化学療法は、依然として高リスクであり、Medication Reconciliationに取り組む必要がある。看護部会では、外来化学療法における看護師の関わりは病院全体の医療安全を映すサロゲートと考えている。外来化学療法におけるがん患者および看護師の医療安全の担保、がん診療における多職種連携PDCAサイクル、がん患者の精神的な支援についての講演を開催し、患者に寄り添いながら安全と質の担保に向けたシンポジウムを行う。

登壇者)

外来化学療法の実際：

神納 美保 (藤田医科大学病院)

外来化学療法におけるがん患者および看護師の医療安全の担保：

大田えりか (聖路加国際大学看護学研究科国際看護学)

がん診療における多職種連携 PDCA サイクル：

河田 健司（藤田医科大学医学部）

自殺予防の視点からみたがん領域の医療安全：

藤澤 大介（慶應義塾大学医学部）

【第 10 回医療安全学会学術集会】

外来化学療法における看護師の適正配置に向けて

座長）藤井千枝子（慶應義塾大学看護医療学部）

化学療法は開発および治療やケアに多くの人々が尽力し、外来通院での治療も可能になるなど、日々進歩が続いている。医療従事者は、化学療法が安全に行われるよう患者に細心の注意を払っている。しかしながら、人の限界を超えた仕事量となれば、誰もが安全を守ることが難しくなる。看護部会では、外来化学療法における看護師の関わりが病院全体の医療安全を映すサロゲートと考えている。医療安全学会のバックアップのもとで、2023 年に外来化学療法の現状を明らかにするための調査を実施した。調査結果をもとに、がん患者に寄り添いながら、安全な医療を進められるよう、これまでに続く議論を重ねる機会としたい。

登壇者）

外来がん薬物療法を実施する看護師の医療安全に関する研究報告：

大田えりか（聖路加国際大学看護学研究科）

外来化学療法の個別化医療と心理的安全：

河田 健司（藤田医科大学医学部）

外来化学療法における苦痛のスクリーニング：

藤澤 大介（慶應義塾大学医学部）

安全な外来化学療法の体制の確立～評価機構の立場から：

栗原 博之（日本医療評価機構）

参考文献

- 1) 岡野孝信, 看護婦「増員・夜勤制限（ニッパチ）闘争」の特徴と歴史的意義, 千葉大学大学院人文社会科学部研究科研究プロジェクト報告書, 2017.

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 27-29, 2025.



●医療安全徒然●

動物と人間の安全確保

埼玉医科大学病院 脳神経外科

小林 正人

私は子供の頃から鳥や動物が好きで、今は犬を飼い、時間を見つけては野鳥観察に出かけます。彼らは、敵に狙われないよう少々の怪我では痛そうなそぶりはせず、弱みを見せません。人間には言葉があり医療者への信頼があるので、患者さんは痛い所、つらい所を言葉や文字（問診票）で伝えてくださいます。

一方、彼らはとても用心深く、決して危険なことはしません。飛べない犬は大抵高い所が嫌いで滅多に近づきませんし、一度頭をぶつけたことのあるテーブルの下には潜ろうとしない、なんてこともあります。野鳥もよっぽど空腹でなければ人がいる所にはなかなか近づいてきません。安全と判断する距離・場所でのみ活動し、あるいは人が去ってから食べ物を探しに開けた所に出てきたりします。空間的あるいは時間的に危険（人間や天敵）からは隔絶するようにして、安全の確保を図っています。野鳥好きの人が大きな倍率のカメラレンズや双眼鏡を必要とするわけです。

危険には近づかず、安全な範囲でのみ活動することは、同じ生物である我々人間にとっても身を守るための鉄則であると思います。しかしながら、人間の体を守るはずである医療は必ずしもそうではありません。痛みなどの症状を癒し、命を脅かす病変を取り除く技術ではありますが、薬には副作用があり、検査にも危険を伴うものがあり、外科的手技に至っては患者さんの体を傷つけねばなりません。私は定位・機能的脳神経外科と定位放射線治療という分野を専門とする脳神経外科医ですが、診断・治療のためとはいえ脳幹部や大脳深部にプローベを刺し入れたり、電極を植え込んだりせねばなりません。脳幹や視神経の近傍ギリギリまで許容範囲とされる（と信じられている）放射線を照射します。治療のためとはいえ、危険なことを人様に施さねばならないとは因果な職業だと思います。学生時代に心に描いた脳神経外科とは明らかに異なっており、医療技術の進歩、新たな診断・治療の開発と言われますが私の（そしておそらく数多くの医療従事者の）心労は増えています。しかし一方、そうした医療を少しでも安全なものにするため、危険を可能な限り遠ざけるのも医療従事者の使命なのだと思います。

危険を避けるためには、安全を脅かすものから遠ざかる、あるいはそれらを遠ざける。患者さんの頭部に挿入したドレーンチューブは抜けないように固定しますが、その固定のための糸針がドレーンを傷つけないよう、ドレーンが通過していない所に糸を掛ける。あるいはドレーンを挿入する前に糸を掛けておく。

すなわち空間的あるいは時間的にドレーンと針を隔絶させます。高濃度カリウム製剤は限られた部署のみに配置し，脳脊髄液腔に刺入する針に接続できる注射筒を制限して薬剤の注入が安易にできないようにする。危険とそれに影響を受けるものが同じ空間・時間帯に存在しないようにすれば良いわけです。

人間には言葉があり，文字として残すことができます。空間的にも時間的に隔絶した人にも経験や知識は伝えられます。放射線治療も外科的治療も試行錯誤や経験に基づいて改良され，危険な手技は避けられ，安全な照射量が定められ伝えられてきました。より安全で質の高い医療のため，我々の知見，経験，工夫を集積・解析し，さらにそれを共有し後世に伝えてゆきたいものです。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 30-31, 2025.





医療従事者に行動変容を起こしてもらうために 私自身が銘記しておきたいと思っていること

長谷川 奉延

Safety-I の立場にたちマニュアルを改訂することは少なくない。その新しいマニュアルを医療従事者に遵守してもらう（すなわち行動変容を起こしてもらう）ために私自身が銘記しておきたいと思っていることを4点述べる。エビデンスレベルの極めて低い私見である。

第1に、言い古されていることではあるが、平素から医療安全を念頭に入れたチーム医療の重要性を啓発したい。すべての職種の医療従事者が「マニュアルが改訂される。チーム内で、どのように改訂されるのかの理解を深めてみんなで遵守しよう」と思ってくれることが理想である。

第2に、改訂される（改訂された）マニュアルが現場で実行可能かどうかを常に考えたい。現場に24時間365日複数の医療職種がいるわけではないのであれば、「必ず複数の医療職種でダブルチェックを行う」というマニュアル改訂は意味をなさない。マニュアル改訂案作成の段階から現場の医療従事者も参加し、話し合いながら作り上げることが望ましい。少なくとも、新しいルールを遵守することができそうかの現場の声を事前に確認したい。さらに、改訂後にも無理なく遵守できているのかを現場で確認したい。

第3に、マニュアルに記載される文章は、“仕事の文書”¹⁾であるべきと考える。すなわち、“1文を書くたびに、その表現が一義的に読めるかどうか—ほかの意味にとられる心配はないか—を吟味すべき”¹⁾である（余談であるが、参考文献をご存じなかった方、あるいはまだご一読されていない方は是非精読をお勧めする）。

第4にもっと“プレゼンスキル”を高めたい。「マニュアルを改訂しました」といって新旧対照表をパワーポイント（以下、PPT）で示しながら改訂点を説明しただけで現場が理解し、行動変容を起こしてくれればこんなに楽なことはない。当たり前のことであるが、周知したのみで行動変容に繋がることは稀である。理解してもらうことが必要条件である。理解してもらえるような“プレゼンスキル”を磨かなければならない。医療安全に限ったことではないが、プレゼンでは以下のような点に注意したい。（1）結論を先に言う。（2）重要なことを繰り返す。（3）シンプルなPPTを作る。最終的に医療安全マニュアルに掲載された文章そのものをコピーしたPPTは避ける。（4）説明をする際には聴衆を（画像の録画ではカメラを）見て話をする。原稿の棒読みは論外である。

行動変容を起こしてもらうことは決して容易ではない。行動変容を起こしてもらうために私たちができることは何か、私たちは何をすべきか、ぜひ皆様の工夫をお伺いしたい。

参考文献

1) 木下是雄. 理科系の作文技術. 東京：中公新書, 1981.

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 20: 32, 2025.

◆ 一般社団法人 日本医療安全学会 ◆

2025 年定例理事会 議事録



1. 招集日：2025 年 2 月 27 日（木）
2. 会期：2025 年 3 月 16 日（日）8 時 35 分～9 時 25 分
3. 開催場所：ウィンクあいち（愛知県産業労働センター）小ホール 1
4. 理事総数：47 名 定足数 24 名
5. 出席理事：26 名

内訳 現地出席（20 名）

秋山美紀、伊藤英樹、石井庸介、井上清成、井上真智子、大磯義一郎、荒神裕之、佐藤光利、新村美佐香、辰巳陽一、辰元宗人、田仲浩平、近本亮、長島久、藤井千枝子（戸籍上の氏名 中川千枝子）、本間寛、松村由美、水本一弘、宮崎浩彰、安田あゆ子

オンライン出席（6 名）

相田伸二、小林正人、佐和貞治、鈴木明、野坂佳生、長谷川奉延

6. 出席理事：26 名
7. 出席監事：0 名

参加者数が定数に達したので、理事長は開会を宣言し、議長として以下の審議を行った。

議事経過の要領及び議案別の議決結果

第 1 号議案 2024 年 12 月定例理事会議事録承認の件

大磯理事長より、資料が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 2 号議案 2024 年事業報告書の件

大磯理事長より、本報告書が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 3 号議案 2024 年財務諸表の件

大磯理事長より、本諸表が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 4 号議案 2025 年事業計画書の件

大磯理事長より、本年度事業計画書が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 5 号議案 2025 年予算書の件

大磯理事長より、本年度予算書について説明がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 6 号議案 理事選任の件

日本医療安全学会定款並びに規定に従い理事選任資料が提出された。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 7 号議案 委員会活動計画書の件

本年度の委員会活動計画書が提出されており、各委員会、例年通りの活動を引き続き継続する予定である。
満場一致をもって可決承認された。

総務委員会委員長 新村理事

2月25日に委員会を開催した。

CareNet.com「療養上の世話に関する事例から考える介護・医療安全」等の動画連載の進捗状況が委員会内で説明がなされ、継続していくことが報告された。

財務委員会委員長 井上理事

部会活動においての予算請求があれば逐次請求をお願いしたい。

財務諸表の赤字に関しては、「医療安全管理者養成研修」が発展することにより赤字が解消されるのではないかと説明がなされた。

学術委員会委員長 渋谷理事の代理人として事務局員

部会の設置、運営、研究支援や産官学連携を担当する。

委員会活動として、医療 AI の開発に関する NEDO の研究費応募計画について審議された。

機関誌委員会 佐和理事の代理人として事務局員

編集委員長が佐和先生から伊藤先生へ交代することが承認された。

学術総会の講演者に講演内容についての執筆依頼を一律にお願いする件が承認されたが、今回の総会では準備が間に合わないため、次回以降に見送りとなる旨報告された。

教育研修委員会 辰巳理事

医療安全管理者養成研修の現在の状況や、7月開催予定アドバンスコースの実施について説明がなされた。
医療安全 DX 研修会（仮称）も開催予定であることも報告された。

広報委員会 水本理事

ニュースレターの次号では、辰巳先生にインタビューを行い「医療安全管理者養成研修」について掲載する。委員不足解消のため委員の推薦を行い 15 名体制に戻すことを目指す。

用語編纂委員会 松村理事

医療安全用語集第一版の改訂作業を実施する。

用語編纂は終わりがけないため継続的にこの委員会で審議する。審議にあたり他学会にも関連するため情報提議は必要であることが説明された。

第 8 号議案 第 12 回日本医療安全学会学術総会の件

次同学術総会の代表総会長である辰巳陽一先生より挨拶があった。

2026 年 4 月 18 日(土)～19 日(日)大阪府立国際会議場にて開催予定ですが、コスト面を考慮し天王寺の会場も検討中である旨報告された。次同学術総会のテーマ「前向き医療安全のススメ！」についても説明がなされた。

第 9 号議案 代議員追加承認の件

代議員に追加承認するべく、吉田和広先生、奥村将年先生、栗原慎太郎先生、梅村聡先生 4 名の先生方の資料が提出され、満場一致をもって可決承認された。

第 10 号議案 その他

今回の学術総会に関して活発な意見が交換された。

大会総会長の安田あゆ子先生から学術総会の運営に関する 3 つの課題が挙げられた。

- ① 抄録集の公開方法について、冊子は手元に届くまで演題等が事前に確認できないため、参加者にとって情報取得が困難である。HP 上に掲載するのが望ましい。
- ② 謝金、交通費の扱いについて、限られた予算の中で今回は謝金を出すことが叶わなかった。
- ③ 第 10 回学術総会ではオンデマンド配信が追加されたことにより参加者数が増えた。

これからは時代に合った対応としてオンデマンド配信も併用するよう希望する。

長島先生、近本先生、荒神先生からも謝金について意見が述べられた。

学会員以外に対しては謝金・交通費は支払うべき、最初からガイドラインを決めておく等の意見や、大会総会長が運営予算の幅で謝金を判断していく、目安を決めるのは良いが、収支と見合っていないと学会運営に関わるので、がっちりと決めてしまうのは反対である。総会の回を重ねるごとにノウハウを蓄積したい等。

大磯理事長からの総括

謝金規定は存在するが、大会総会長が誰を招聘したいかなど、該当者の格や立場を考慮する関係で遊びが大きくなり、状況によってフレキシブルに対応する必要があった。

次回以降、申し送りと議論をいただきたい。

8. 閉会

以上、この議事録が正確であることを証するため、議事録作成者は記名押印する。

2025 年 4 月 1 日 大磯 義一郎

◆ 一般社団法人 日本医療安全学会 ◆



2025 年 3 月定例代議員総会(社員総会) 議事録

1. 招集日：2025 年 2 月 27 日（木）
2. 会期：2025 年 3 月 16 日（日）9 時 25 分～9 時 40 分
3. 開催場所：ウィンクあいち（愛知県産業労働センター）小ホール 1
4. 議長 理事長 大磯義一郎
5. 現地出席理事：26 名
6. 現地出席監事：0 名
秋山美紀、伊藤英樹、石井庸介、井上清成、井上真智子、大磯義一郎、荒神裕之、佐藤光利、新村美佐香、辰巳陽一、辰元宗人、田仲浩平、近本亮、長島久、藤井千枝子（戸籍上の氏名 中川千枝子）、本間覚、村松由美、水本一弘、宮崎浩彰、安田あゆ子
オンライン出席：6 名
相田伸二、小林正人、佐和貞二、鈴木明、野坂佳生、長谷川奉延
7. 議事経過の要領及び議案別の議決結果
議決権のある代議員数：81 名
議決権の総個数：81 個
定足議決数：73
出席過半数の決議定足数：55 個
議決総数：109 個（うち委任状個数 55 個）

参加者数が定数に達したので、理事長は開会を宣言し、議長として以下の審議を行った。

【議事経過の要領及び議案別の議決結果】

第 1 号議案 2024 年定例代議員大会（社員総会）議事録承認の件

大磯理事長より、資料が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 2 号議案 2024 年事業報告書の件

大磯理事長より、本報告書が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 3 号議案 2024 年財務諸表の件

大磯理事長より、本諸表が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第 4 号議案 2025 年事業計画書の件

大磯理事長より、本年度事業計画書が提出され報告がなされた。

審議の結果、満場一致をもって可決された。

第5号議案 2025年予算書の件

大磯理事長より、本年度予算書について説明がなされた。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第6号議案 代議員選任の件

大磯理事長より、代議員選任について説明がなされた。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第7号議案 理事選任の件

大磯理事長より、理事選任について説明がなされた。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第8号議案 定款変更の件

大磯理事長より、定款変更について説明がなされた。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第9号議案 第12回日本医療安全学会学術総会の件

大磯理事長より、第12回日本医療安全学会学術総会について説明がなされた。
審議の結果、満場一致をもって可決された。

第10号議案 その他

8. 閉会

以上、この議事録が正確であることを証するため、議事録作成者は記名押印する。

2025年3月16日 大磯 義一郎



日本医療安全学会では、「これからの医療安全」をテーマに、学会オリジナルの対談動画を配信します。動画では医療安全の専門家を2名お招きし、テーマに沿った対談形式となっています。複数回にわたってさまざまな領域の専門家が出演予定で、幅広い分野で「これからの医療安全」について議論します。この度、第1回の動画を公開しました。初回のテーマは、「医療安全とは（医療と法両方の観点から）」、大磯義一郎 理事長（浜松医科大学法学教授）、友納理緒 理事（参議院議員、看護師、弁護士）が出演し、医療安全の歴史から現在に至るまでの概説、また、医療安全の問題点を解説しています。動画はm3.com等でも掲載予定です。対談形式でありながら、図やイメージを活用し、見やすく聞きやすい動画となっています。日頃から医療安全に携わる先生方はもちろん、医療安全に興味をお持ちのすべての皆様に役立つ内容を提供します。ぜひご覧ください。

【動画 URL (YouTube)】

https://www.youtube.com/playlist?list=PLmZTTE9QqgNShu6rgdwjLyGcZSCMKawJ_

【紹介記事 (m3.com)】

<https://www.m3.com/news/iryoishin/1132699>

● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」

(印字版)ISSN 2187-8269

本誌が引用される国内の主なデータベース

国立国会図書館蔵書検索・申込システム

医学中央雑誌データベース

科学技術振興機構文献データベース

医学・薬学関連学会開催情報検索

刊行の趣旨

JPSCS は日本医療安全学会会員の論文の蓄積を以て日本の医学に貢献する必要があります。そこで、様々な関連分野の専門家から構成される編集委員を構成し、学際研究の成果を学会内部に蓄積します。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」は日本語論文のみを掲載します。それぞれ年間2部ずつ電子刊行します。

本誌には各種委員会からのお知らせ、学術総会のサマリー、シンポジウム・分科会・教育研修のサマリー、医療安全対策の資料、医薬品安全対策の資料、医療機器安全対策の資料などの情報も掲載されます。

編集の方針

投稿論文は査読審査されます。

- 1) 年次総会ないし地方会で発表された演題は、それらの会長ないし開催責任者が「医療と安全」誌への掲載を推薦します。
- 2) 発行回数は年2回の電子刊行です。非会員で購読希望の際には年間購読料(2万円)をお納めください。
- 3) 氏名、所属、住所および抄録の英文を付けてください。

●「医療と安全」投稿規定 (2022 年 9 月改訂 機関誌編集委員会承認)

- ・「医療と安全」は日本医療安全学会の機関誌であり、医療と安全に関する論文・報告等を受け付ける。その投稿は以下の規定による。
- ・ **投稿先**：日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局（広島大学病院医療安全管理部内）（電子メール）
journal@jpscs.org
- ・ 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡する。掲載された原稿の著作権は日本医療安全学会に属する。
- 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 journal@jpscs.org に投稿する（印刷原稿を送付する必要はありません）。
- 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。
- 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
- 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。
 - 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。
 - 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。
 - 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。
 - 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。
- 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分を別紙のチェックリストに✓マークをしてください。
 - 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
 - 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
 - 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
 - 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会が必要性を認めたもの。
- 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。
- ・ **適応される倫理規定**
ヘルシンキ宣言（1964 年、1975 年、1983 年、2003 年改訂）、文科省、厚労省、経産省：人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和 4 年 3 月 10 日一部改正）、疫学研究に関する倫理指針（厚生労働省、文部科学省、平成 20 年 12 月改訂）、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの

ためのガイドラインなどの倫理的指針に従い、さらに、「個人情報保護に関する法律」（平成17年4月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などのプライバシー保護に関しては外科系学会協議会による「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に従うこと。動物を用いた研究では、各施設の動物委員会などが定めた基準に従い慈愛深く取り扱い、このことを記載しなくてはならない。臨床試験は、臨床試験登録公開制度システム（UMIN-CTR など）に登録する。ランダム化比較試験（randomized controlled trial; RCT）では、CONSORT 声明に従う。また、科学研究として公平性・信頼性を確保するため、企業等との利益相反について明確にする必要がある。論文採用決定後は、「学会誌（Palliative Care Research）論文発表者の報告事項」に定める事項について「利益相反事項届出書（学会誌発表者用）」の提出をしなければならない。

・利益に関する開示文書

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」における利益相反の開示すべき項目

- 1) 産学連携活動に係る受け入れ額が、1企業あたり年間200万円以上（所属機関からの間接経費が差し引かれる前の金額）の場合
- 2) コンサルタント、指導、講演、給与としての個人収益が、1企業あたり年間100万円以上（税金や源泉徴収額を引く前の金額）の場合
- 3) 産学連携活動に係る個人収益（公開・未公開を問わず、当該企業の株式等の出資・取得・保有及び売却・譲渡、ストックオプションの権利譲受、もしくは、役員報酬、特許権使用料等）が1企業あたり年間100万円以上あった場合（但し、投資信託、もしくは、当該個人によって管理・制御できない多角的なファンドにおいて資金運用される場合を除く）
- 4) 上記1～3のいずれかに該当する企業に一親等の親族が現在勤務している場合

該当しない場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と論文の末尾に記入する。

該当する場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項に則り開示します、（企業名）から（○○円）。」と論文の末尾に記入する。なお、個人収益の場合は、前年の1月1日から12月31日までとする。ただし、寄付金や企業からの受託等、産学連携活動に係る研究の場合は、前年4月1日から本年3月31日までの期間でも可とする。

●「医療と安全」執筆要領

（以下、投稿規定からの連番）

- 7. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。
- 8. 和文抄録（400字以内）及び英文抄録（400語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
- 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ5語前後のキーワードを原稿につける。
- 10. 原則として原著論文はA4版刷り上がり8-9頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり1ページ1,800文字で、12,000文字以内とする。
- 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員

会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください(図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする)。

- 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる (JISZ8203 参照)。
- 13. 参考 (引用) 文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記すこと (下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと)。

・引用文献スタイルについて

引用文献リストは本文での引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記す。

- 1) 田島静, 千々和勝己, 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例, 日本公衆衛生雑誌 2003 : 50 : 225-233.
 - 2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 453-455.
- 単行本の場合、編・著者名・書籍名・所在地：発行所、発行年：頁、の順に記す。引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。
- 3) 川上剛, 藤本瞭一, 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京：日刊工業新聞社, 1998.
 - 4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.
 - 5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編. 社会医学事典. 東京：朝倉書店. 2002:98-99.
 - 6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 3-20.

● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会

佐和 貞治 (編集委員長) 京都府立医科大学附属病院

伊藤 英樹 広島大学病院 医療安全管理部

小林 正人 埼玉医科大学病院 脳神経外科

佐々木 毅 慶應義塾大学医学部 がんゲノム医療センター, 学校法人慶應義塾 病理診断クリニック

長島 久 医療法人社団愛友会上尾中央総合病院 情報管理部

長谷川 奉延 慶應義塾大学

布施 淳子 山形大学大学院医学系研究科 基礎看護学

藤井 千枝子 慶應義塾大学 看護医療学部

水本 一弘 滋慶医療科学大学大学院 医療管理学研究科 医療安全管理学専攻

宮崎 浩彰 関西医科大学 医療安全管理センター

山口 秀紀 日本大学松戸歯学部

梁 善光 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト

「医療と安全」への投稿に際しては、本ページをコピーし、責任著者が必要な項目に確認✓を記入して著名し、電子スキャンした PDF ファイルをメール投稿時に添付してください。

投稿に際して責任著者は、本ページをコピーし、投稿論文が本誌の投稿規定・執筆要領に沿ったのであるか、該当箇所□チェックボックスにチェックを入れて、ご署名を頂き、電子スキャンして PDF 化されたものを投稿論文に添えてください。

□ 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 journal@jpsc.org に投稿する。

□ 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。

□ 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。

□ 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。

□ 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。

□ 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。

□ 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。

□ 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。

□ 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分をチェック✓してください。

□ 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。

□ 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。

□ 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。

□ 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会での必要性を認めたもの。

□ 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。

□ 7. 原稿の 1 頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。

□ 8. 和文抄録（400 字以内）及び英文抄録（400 語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。

□ 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ 5 語前後のキーワードを原稿につける。

□ 10. 原則として原著論文は A4 版刷り上がり 8-9 頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり 1 ページ 1,800 文字で、12,000 文字以内とする。

□ 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください（図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする）。

□ 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる（JISZ8203 参照）。

□ 13. 参考（引用）文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号・巻数・頁一頁、の順に記すこと（下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと）。

責任著者 署名： _____

署名日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 学会活動の概要と年会費支払方法について

・ 入会金

ご入会の際には、正会員・学生会員とも、年会費とは別に入会金 5 千円が必要です。

・ 団体としての入会方法

団体会員の場合は賛助会員制度があり、下記のホームページに記載されています。 <http://www.jpscs.org/support.shtml>

・ 年会費

年会費は毎年 1 月 1 日が起点日です。振り込まれた会費に対して領収書が必要な方は、日本学会事務局にお申し付けください。(正会員) 7 千円, (学生会員) 無料

会員は日本学会での参加の割引料金の適用、ならびに日本学会学術雑誌「医療と安全」の投稿と購読、日本学会会員専用ホームページ閲覧を無料とします。学生会員は学部生が対象です。学生証のコピーを提出ください。なお、大学院生は正会員扱いです。

年会費の支払い方法：

毎年 1 月に事務局よりご納入についてのご案内を会員情報に登録されているメールアドレスにお送りいたしますので、そちらのご案内に従いご納入ください。

・ 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」購読

日本学会の会員以外の方は、年間 2 万円にて購読ができます。年数回刊行予定。

年間購読料の振込先：

銀行名：GMO あおぞらネット銀行

支店名：法人営業部

口座名義：シャニホリヨクアンゼンガクカイ

口座番号：普通 1 6 8 2 9 5 5

・ 国内学術集会の参加

集会ごとに別途の参加料が必要です。会員には割引料金が適用されます。



● 日本医療安全学会 届出用紙

下記をご記入の上、次の学会本部事務局宛に電子メールまたはFAXにて送信ください。

(メールアドレス) office@jpscs.org (会員登録・変更窓口) regist@jpscs.org

(FAX 番号) 053-435-2236 へ送信ください。

該当項目に○を記入	() 入会届	() 変更届	() 退会届
	新規 / 退会 または変更前	変更後 (変更時のみ該当項目を記入ください)	
氏 名			
所 属			
医療の資格			
職位 (学生の場合は、 在学期間を明記)			
郵送先の住所			
電子メールアドレス			
電話番号			
FAX 番号			
機関誌印刷物の年間購読希望 (年間2千円の加算)	() 希望する () 希望しない		

1) 入会の際には入会金と年会費が必要です。ご申請後に、振込用紙を郵送します。

詳細は下記 (日本医療安全学会ホームページ：入会手続きの方法) をご覧ください。

<http://www.jpscs.org>

2) 学会定款 11 条 会員はいつでも退会することができる。ただし、理由を付した退会届を1ヶ月以上前までに本会事務局に提出しなければならない。

3) 本用紙は国際医療リスクマネジメント学会には適用できません。

4) 国際医療リスクマネジメント学会の場合は下記をご覧ください。

<http://www.iarmm.org/Uregistrationmanner.shtml>

<http://www.iarmm.org/J/>

● 編集後記

本号では安全なシステム構築の考えに関する Safety-I と Safety-II について、特集を組んでいただきました。医療事故調査制度の外部委員などを担当してきたなかで、医療事故調査においても、伊藤英樹先生の特集巻頭言に記されているように、医療安全システムの考え方には、チームスポーツであるサッカーの試合への取り組みと似たところがあります。試合に望むにあたっては日頃の練習に励むことはもとより、試合までに戦術や連携を練習にてチーム全体で確認を繰り返し、それでも勝負の世界ですからどこかで負けることがあります。「あそこあの選手がミスしたから失点した」とか、「あの状況であの選手が決めていれば勝てたはず」とか、試合の敗戦を個人の責任に課す監督や観衆は最悪でしょう（そうしたが観衆としての自分にも注意が必要でしょう）。チームスポーツでの負けはチームの負けで、チーム全体の責任であるべきでしょう。医療事故調査でも、事故が発生した状況を調べる過程では、「この医療従事者がこのミスをしたことが事故の原因だ」と、事故の原因を個人に安易に帰結してしまう可能性があります。医療事故の責任は、病院として捉えるべきであり、医療事故調査の目的は、戦犯探しではなくて、被害に会った方への説明義務を果たし、再発防止のための方策策定と、それにより安全なシステム構築に繋げる不断努力による取り組みであろうと改めて思います。2020 年頃に前理事長より機関誌の編集長に指名され、12 号から編集に関わり、13 号からはデスクトップシステムを導入して前号 19 号まで、自前で編集を行ってきました。本学会理事会にご承認いただき、この 20 号よりユサコ株式会社に編集を外部委託させていただけるようになり、同時にこの 3 月に編集長職を広島大学病院医療安全管理部の伊藤英樹先生に引き継いでいただくこととなりました。拙い編集で会員の皆様には多大なご迷惑をお掛けしたこともと思いますが、なんとか途絶えることなく発刊が継続できましたこと、ご協力いただきました学会の理事、代議員、会員の皆様をはじめに、紙面充実に寄与いただきご執筆をいただきました方々に心から感謝申し上げます。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員長
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院 病院長）

● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒734-8551 広島県広島市霞 1 丁目 2-3

広島大学病院医療安全管理部内「医療と安全」編集事務局

（編集長：伊藤英樹、編集協力：ユサコ株式会社）

電子メール：journal@jpscs.org（「医療と安全」編集事務局）

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」通巻 20 号（2025 年 6 月）

発行責任者：大磯義一郎 発行者：日本医療安全学会

ISSN 2187-8269 定価：1000 円（税込）

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山一丁目 20 番 1 号

浜松医科大学総合人間科学基礎研究棟 306 号内

Email: office@jpscs.org TEL: 053-433-3812 FAX: 053-435-2236

ホームページ：http://www.jpscs.org/

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒734-8551 広島県広島市霞 1 丁目 2-3

広島大学病院医療安全管理部内「医療と安全」編集事務局

電子メール：journal@jpscs.org（「医療と安全」編集事務局）

No. 20

Iryo to Anzen

2025

ISSN 2187-8269